

Ž i a d o s ť o p r i d e l e n i e f i n a n č n é h o a g e n t a

(ďalej len „žiadosť“)

Meno a priezvisko / Obchodné meno:.....
Trvalý pobyt / Sídlo:R.č. / IČO:.....
Zapísaná v Obchodnom registri Okres. Súdu:.....Oddiel:.....Vložka č.....
Zastúpená:.....
.....
(ďalej len „klient“)

t ý m t o ž i a d a m,

poisťovňu: **KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**, so sídlom na Štefanovičovej 4, 816 23 Bratislava, zapísaná v Obchodnom OR OS Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka č.79/B, **aby príslušné úkony v rámci poisťovacej činnosti poisťovne boli voči našej spoločnosti vykonávané prostredníctvom jej finančného agenta:**

Obchodné meno: **Finportal, a.s.**
Sídlo: **Pribinova 4, 811 09 Bratislava**
IČO: **45469156**
(ďalej len „**finančný agent**“)
Číslo zmluvy a názov produktu

.....
.....
Uvedená žiadosť sa vzťahuje najmä na predloženie ponuky na uzatvorenie poisťovnej zmluvy, predloženie návrhu poisťovnej zmluvy, výkon iných činností smerujúcich k uzvretiu poisťovnej zmluvy, uzavretie poisťovnej zmluvy, správu poistenia, spolupráci pri vybavovaní poisťovních nárokov, zisťovanie, hodnotenie a analýzy poisťovného rizika a poskytovanie odborného poradenstva.

Uvedená žiadosť sa vzťahuje aj na oprávnenie finančného agenta, aby doručoval do poisťovne akékoľvek listiny, ktoré adresujem poisťovni. Zároveň prehlasujem, že som si plne vedomý toho, že za okamih doručenia sa považuje až doručenia do poisťovne (nie doručenie sprostredkovateľovi).

V zmysle zákona č. 428/2002 Z. Z. o ochrane osobných údajov dávam súhlas KOOPERATIVE poisťovni, a.s. (ďalej len poisťovňa), aby moje osobné údaje, získané v súvislosti s touto poisťovnou zmluvou, vrátane údajov o mojom zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z tejto zmluvy.

Zároveň dávam súhlas, aby moje osobné údaje poisťovňa poskytovala do iných štátov pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z tejto poisťovnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V....., dňa:.....
ID agenta.....

.....
(meno, priezvisko klienta / meno priezvisko osoby oprávnenej konať v mene klienta)