

<b>Meno žiadateľa/ Obchodné meno:</b>	
<b>Bydlisko/ Sídlo:</b>	
<b>Rodné číslo / IČO:</b>	
<b>V zastúpení (ďalej len „klient“):</b>	

**Aegon životná poisťovňa  
Slávičie údolie 106  
811 02 Bratislava**

### **Žiadosť o zmenu sprostredkovateľa poistenia**

Týmto žiadam Aegon životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, IČO: 35 979 356, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3810/B (ďalej len „poisťovateľ“) o zmenu sprostredkovateľa poistenia, tak aby s účinnosťou od začiatku poistného roka (prolongácia poistnej zmluvy) alebo poistného obdobia nasledujúceho po poistnom roku alebo poistnom období, kedy bola táto žiadosť o zmenu sprostredkovateľa doručená poisťovateľovi konal vo veciach sprostredkovania mojich nových poistných zmlúv a sprostredkovateľskej starostlivosti o moje už platné poistné zmluvy uvedené v *Zozname poistných zmlúv*, výlučne nový nižšie uvedený sprostredkovateľ poistenia:

<b>Meno žiadateľa/ Obchodné meno:</b>	Finportal, a.s.
<b>Získateľské číslo:</b>	S30958 / S30966 / N30958
<b>Sídlo / Miesto podnikania:</b>	Pribinova 4, 811 09 Bratislava
<b>IČO:</b>	45 469 156
<b>V zastúpení:</b>	

***Zoznam poistných zmlúv, ktoré žiadateľ žiada previesť na nového sprostredkovateľa za účelom starostlivosti o klienta, spolupráce pri správe poistenia a spolupráce pri likvidácii poistných udalostí:***

Číslo poistnej zmluvy			

- ▶ Klient udeľuje poisťovni výslovný písomný súhlas so sprístupnením, resp. poskytnutím jeho osobných údajov novému sprostredkovateľovi poistenia a to až do vyradenia poistnej zmluvy, na ktorú sa táto žiadosť vzťahuje, z poistného kmeňa, ktorý je v jeho správe. Súhlas sa vzťahuje na rozsah osobných údajov klienta v akom sú spracované v informačnom systéme poisťovne. Tento súhlas sa udeľuje pre účely správy poistenia, likvidácie poistných udalostí a na ďalšie účely uvedené v PZ.
- ▶ Klient berie na vedomie, že v prípade, ak vo vzťahu k príslušným PZ bude do poisťovne doručených niekoľko žiadostí o zmenu sprostredkovateľa poistenia, platí, že časovo neskoršia žiadosť v plnom rozsahu ruší a nahrádza skoršiu žiadosť, pričom relevantný dátum je deň jej doručenia do poisťovne – centrála.
- ▶ Poisťovňa si vyhradzuje právo zamietnuť žiadosť v celom rozsahu v prípade jej neúplného, resp. nedostatočného vyplnenia.
- ▶ Táto žiadosť platí max. 3 mesiace od dátumu jej podpisu zo strany klienta (tzn., ak medzi dňom podpisu tejto žiadosti a dňom jej doručenia do poisťovne uplynie doba dlhšia ako 3 mesiace, poisťovňa si vyhradzuje právo žiadosť zamietnuť).

V ....., dňa .....

.....  
Svojím podpisom vyjadrujem súhlas so zmenou  
finančného agenta v zmysle tejto žiadosti  
(podpis klienta)