

**Žiadosť o zmenu finančného sprostredkovateľa/agenta
pri výkone finančného sprostredkovania
(ďalej len „žiadosť“)**

Meno, priezvisko / Obchodné meno klienta:

Trvalý pobyt / Sídlo / Miesto podnikania:

Rodné číslo / IČO:

v zastúpení: (štatutárny zástupca pri PO):

(ďalej len „poisťník“, „klient“ alebo „žiadateľ“)

týmto žiadam poisťovňu: **Österreichische Hagelversicherung** - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Záhradnícka 21, 811 07 Bratislava, IČO: 36 857 220, zapísaná v Obchodnom registri vedenom Mestským súdom Bratislava III, oddiel: Po, vložka: 1568/B

(ďalej len „poisťovateľ“)

o zmenu

súčasného finančného agenta, ktorý vykonáva finančné sprostredkovanie v zmysle zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vo vzťahu k poisťným zmluvám v zmysle tejto žiadosti a zároveň žiadam, aby s účinnosťou

pre aktuálne poisťné obdobie (platí len v prípade doručenia žiadosti od 1.1. maximálne do dátumu vystavenia poisťnej zmluvy pre aktuálne poisťné obdobie)

od začiatku nasledujúceho poisťného obdobia, t. j. od 1.1. nasledujúceho kalendárneho roku (platí v prípade doručenia žiadosti po dátume vystavenia poisťnej zmluvy do 31.12.)

bol novým finančným agentom:

Sprostredkovateľská spoločnosť / SFA:

Sídlo: **IČO:**

Registračné číslo: (pridelené NBS) **Získateľské číslo:** (pridelené v poisťovni)

Meno, priezvisko / Obchodné meno sprostredkovateľa / PFA:

Miesto podnikania / Sídlo: **IČO:**

Registračné číslo: (pridelené NBS) **Získateľské číslo:** (pridelené v poisťovni)

Zoznam poisťných zmlúv, ktoré žiadateľ žiada previesť na nového finančného sprostredkovateľa:

(uviesť konkrétne čísla PZ, v tvare PSK00xxxx, alebo priložiť zoznam PZ ako neoddeliteľnú súčasť žiadosti)

Dôvody žiadosti o zmenu (hodiace sa označte krížikom) nespokojnosť so súčasným fin. agentom

správa celého portfólia iné(uviesť aké)

Žiadateľ udeľuje poisťovateľovi svojím podpisom súhlas so sprístupnením jeho osobných údajov novému sprostredkovateľovi poistenia v plnom rozsahu ako sú spracované v informačnom systéme poisťovateľa za účelom starostlivosti o klienta, spolupráce pri správe poistenia a spolupráce pri likvidácii poisťných udalostí. Žiadateľ podpisom žiadosti čestne prehlasuje, že ku dňu podpisu tejto žiadosti nebol podpísaný, vystavený, ani vykonaný žiadny právny úkon s obsahom totožným, resp. podobným s obsahom tejto žiadosti. Žiadateľ berie na vedomie, že poisťovateľ si vyhradzuje právo rozhodnúť o akceptácii tejto žiadosti.

V dňa
.....
podpis klienta / osoby oprávnenej konať v mene klienta

Miesto pre úradné overenie podpisu klienta – osoby oprávnenej konať v mene klienta: