Číslo zmluvy o SDS

miesto pre nalepenie čiarového kódu

Žiadosť o zmenu kontaktnej osoby

I. **Allianz - Slovenská dôchodková správcovská spoločnosť, a.s.** (ďalej aj len "ASDSS")
Račianska 62, 831 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 901 624,
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3425/B

II. Sporiteľ

Rodné číslo/ICSZ

Druh a číslo dokladu totožnosti

Titul | Meno a priezvisko | Titul

Trvalý pobyt

Ulica | Číslo

Mesto/Obec | PSČ

III. Predmet žiadosti

Dovoľujem si vás požiadať o to, aby sa mojou kontaktnou osobou vo veciach starobného dôchodkového sporenia stal

☐ zamestnanec ASDSS*

meno a priezvisko: _____

evidenčné číslo : 4

☐ viazaný finančný agent ASDSS*

meno a priezvisko: _____

evidenčné číslo : 5

☐ podriadený finančný agent (PFA) samostatného finančného agenta (SFA)*

Meno, priezvisko / Obchodné meno SFA _____

IČO SFA _____ Trvalý pobyt / Sídlo SFA _____

Meno a priezvisko PFA _____

evidenčné číslo PFA : 55

* krížikom označte zvolenú možnosť

IV. Osobné údaje

Informácie o spracúvaní osobných údajov ASDSS sú dostupné na www.asdss.sk /osobne-udaje.

V. Vyhlásenie

ASDSS vyhlasuje, že pred podpísaním tohto dodatku zo strany sporiteľa oboznámila sporiteľa s obsahom Oznámenia o spracúvaní a ochrane osobných údajov pre (potencionálnych) sporiteľov, ktoré je uverejnené na webovom sídle www.asdss.sk/osobne-udaje, čo sporiteľ potvrdzuje svojím podpisom.

VI. Vyhlásenie sporiteľa

Vyhlasujem, že vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé.

Dátum podpisu . . .

Miesto _____ .....

podpis sporiteľa

Ak je žiadosť zasielaná priamo od sporiteľa, nie je potrebné, aby bola pravosť podpisu na žiadosti úradne osvedčená.

Osvedčil podľa vyššie uvedeného dokladu totožnosti:

....

meno a priezvisko podpis a odtlačok pečiatky

evidenčné číslo oprávnenej osoby