

Žiadosť o zmenu kontaktnej osoby

Infolinka
+421 2 50 122 222
asdss.sk

Email
infolinka@asdss.sk

Allianz – Slovenská dôchodková správcovská spoločnosť, a. s.
(ďalej aj len „ASDSS“) Pribinova 19, 811 09 Bratislava, Slovenská republika,
IČO: 35 901 624, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I,
oddiel: Sa, vložka č. 3425/B, **korešpondenčná adresa: P.O.BOX 248,
810 00 Bratislava 1**

Sporiteľ

Rodné číslo/IČSZ

Titul**Meno a priezvisko****Titul**

Ulica a číslo

PSČ**Mesto/obec****Štát**

Predmet žiadosti

Moja kontaktná osoba vo veciach starobného dôchodkového sporenia bude:

- ☐ *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

Infolinka
+421 2 50 122 222
asdss.sk

Email
infolinka@asdss.sk

Osobné údaje

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

Vyhlásenie sporiteľa

Vyhlasujem, že vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé.

Dátum

Miesto

.....
podpis sporiteľa

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

Osvedčil podľa dokladu totožnosti

.....
meno a priezvisko

.....
podpis a odtlačok pečiatky

evidenčné číslo oprávnenej osoby ASDSS