



# žiadosť o zmenu zmluvy Rodinné úrazové poistenie

**R4**

číslo poisťnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Poistník** (Zmenu Poistníka môžete uskutočniť prostredníctvom žiadosti o zmenu R3)

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																						
Trvalý pobyt (ulica, číslo, obec/mesto)												PSČ	Telefón											
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti													Štátna príslušnosť								

**Ukončenie poistenia**

Dátum ukončenia																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V súlade s Poistnými podmienkami pre Rodinné úrazové poistenie žiadam o ukončenie poistenia nižšie uvedených poistených osôb k dátumu najbližšieho začiatku poisťného obdobia (splatnosti). Ukončenie poistenia musí byť poisťovateľovi doručené minimálne 6 týždňov pred uplynutím príslušného poisťného obdobia.

**Poistené osoby** (Musí byť poistená vždy minimálne jedna dospelá osoba)

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																		
<input type="checkbox"/> Ukončujem poistenie	<input type="checkbox"/> Vypovedám nasledujúce tarify	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK															
Priezvisko	Meno	Rodné číslo																		
<input type="checkbox"/> Ukončujem poistenie	<input type="checkbox"/> Vypovedám nasledujúce tarify	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK															
Priezvisko	Meno	Rodné číslo																		
<input type="checkbox"/> Ukončujem poistenie	<input type="checkbox"/> Vypovedám nasledujúce tarify	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK	Tarifa /SK															

V súlade s Poistnými podmienkami pre Rodinné úrazové poistenie žiadam o ukončenie poisťnej zmluvy k dátumu najbližšieho začiatku poisťného obdobia (splatnosti).

**Nové poistené osoby**

Dátum účinnosti																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V súlade s Poistnými podmienkami Rodinného úrazového poistenia žiadam o prijatie ďalších nižšie uvedených osôb do Rodinného úrazového poistenia s účinnosťou od uvedeného dátumu (maximálne 4 dospelé osoby a 4 deti). Nové poistené osoby je možné pridať k najbližšiemu výročiu, žiadosť je potrebné doručiť poisťovateľovi najneskôr 2 mesiace pred výročím.

**Poistená osoba číslo:**

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																		
Dátum narodenia	Telefón	E-mail																		
Trvalý pobyt (ulica, číslo, obec/mesto)																		PSČ		
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti													Štátna príslušnosť				
Lekár najlepšie informovaný o zdravotnom stave poisteného																				
Adresa lekára																				
Vykonávanie športu	<input type="checkbox"/> Nevykonáva šport	<input type="checkbox"/> Rekreačne bez registrácie	<input type="checkbox"/> Amatérsky s klubovou registráciou	<input type="checkbox"/> Profesionálne	Rizikový šport <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Riziková skupina												
Zamestnanie a odbor činnosti																				

**Poistená osoba číslo:**

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																		
Dátum narodenia	Telefón	E-mail																		
Trvalý pobyt (ulica, číslo, obec/mesto)																		PSČ		
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti													Štátna príslušnosť				
Lekár najlepšie informovaný o zdravotnom stave poisteného																				
Adresa lekára																				
Vykonávanie športu	<input type="checkbox"/> Nevykonáva šport	<input type="checkbox"/> Rekreačne bez registrácie	<input type="checkbox"/> Amatérsky s klubovou registráciou	<input type="checkbox"/> Profesionálne	Rizikový šport <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Riziková skupina												
Zamestnanie a odbor činnosti																				

<sup>1)</sup> Ak vykonávate rizikový šport (napr. motoristický šport, parašutizmus, potápanie), priložte formulár typu A.

