

.....
sprostredkovateľ poistenia/zamestnanec
(meno a priezvisko, ziskateľské/identifikačné číslo)

ŽIADANKA

(žiadosť o vykonanie zmeny)

.....
meno, priezvisko, rodné číslo a adresa poistníka / poisteného*

V poistnej zmluve číslo

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

žiadam o zmenu:

mena poistníka/poisteného* na:

adresy poistníka/poisteného* na:

spôsobu platenia na: poštový peňažný poukaz bankový prevod

lehoty platenia na: mesačne štvrťročne polročne ročne dynamika – áno/nie*
(účinky zmeny lehoty platenia nastanú najskôr od začiatku požadovaného poistného obdobia najbližšie nasledujúceho po doručení tejto žiadosti poisťovateľovi; údaje o dynamike vyplniť pri žiadosti v čase 3 mesiace a neskôr pred výročným dňom začiatku poistenia)

oprávnenej osoby na:

Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%	Meno, priezvisko, rodné číslo alebo vzťah	%

dopoistenie voliteľnej tarify

Tarifa					
PS ¹⁾ /DD ²⁾ /nás.					
RS ³⁾ /prof.skup.					
Dopoistenie od					
PD ⁴⁾ /do veku					
Koniec poistenia					

¹⁾poistná suma ²⁾denná dávka ³⁾riziková skupina ⁴⁾poistná doba

(v úrazovom poistení a v poistení nezamestnanosti uviesť aj deň a mesiac konca poistenia/totožný s koncom hlavného poistenia, dátum dopoistenia UP, UN1 a UM – najskôr možný je najbližší deň zhodný s dňom začiatku poistenia po doručení žiadosti a v dopoistení iných taríf výročný deň začiatku poistenia po doručení žiadosti; doložiť dotazník o zdrav. stave poisteného – okrem dopoistovania tarify UN1, v prípade dopoistenia tarify 1ZN, UN1 a B1 je nevyhnutné klientovi odovzdať „Všeobecné poistné podmienky pre dopoistovanú tarifu“, ktoré boli schválené 15.05.2009 a tvoria prílohu Smernice ak tieto nie sú súčasťou poistnej zmluvy)

vylúčenie voliteľnej tarify
(uviesť dátum, odkedy má byť voliteľná zložka vylúčená-najskôr možný je najbližší deň zhodný s dňom začiatku poistenia po doručení žiadosti alebo v zmysle ustanovenia § 800 ods. 1 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákoník v znení neskorších predpisov, ďalej len „O.z.“)
v prípade vytvorenia odkupnej hodnoty žiadam túto poslať na adresu/účet*

rizikovej skupiny/profesijnej skupiny*
(v UP z dôvodu zmeny zamestnania, športu alebo v UZ pri zmene profesijnej skupiny)

čiastočný odkup z VPO 5G vo výške:.....
žiadam zaslať na adresu/číslo účtu*

V poistnej zmluve číslo

žiadam o zmenu:

- zrušenie PZ v zmysle § 800 ods. 1 O.z./dohodou kudu*
odkupnú hodnotu plus prípadný preplatok žiadam poslať na adresu/účet*
- zrušenie PZ náhradou ku dňu
odkupnú hodnotu žiadam použiť do novouzavretej PZ číslo tlačiva.....
prípadný preplatok žiadam použiť nasledovne
- obnovenie poistnej zmluvy
(V prípade, že sa poistná zmluva obnovuje 3 mesiace po zániku, je nevyhnutné doložiť dotazník o zdravotnom stave poisteného/ých)
- iná zmena

Prílohy:

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tejto žiadanke som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávam súhlas: s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň prehlasujem, že v prípade, ak sú v poistnej zmluve, prípadne v tejto žiadanke, uvedené osobné údaje inej osoby, mám od tejto osoby písomný súhlas k použitiu jej osobných údajov za účelom správy poistenia v zmysle poistnej zmluvy, plnenia podľa poistných podmienok a likvidácie poistnej udalosti. Poistník je povinný nahlásiť poisťovateľovi akúkoľvek zmenu svojich osobných údajov, ako aj zmenu osobných údajov poistených resp. oprávnených osôb.

Svojím podpisom na tejto žiadanke potvrdzujem, že v prípade ak si dopyšujem tarify 1ZN, UN1, alebo B1 som sa oboznámil/a s „Všeobecnými poistnými podmienkami pre pripoistenie nezamestnanosti a pracovného úrazu s následkom smrti“, „Všeobecnými poistnými podmienkami pre pripoistenie kritických chorôb“ a s „Všeobecnými poistnými podmienkami pre pripoistenie chirurgických zákrokov“, ktoré boli schválené 15.05.2009“, súhlasím s ich obsahom a osobne som ich obdržal/a.

V, dňa

.....
podpis poisteného

.....
podpis poistníka

Totožnosť overil (podpis):.....
podľa dokladu poisteného (druh dokladu: OP, cestovný pas a jeho číslo).....
podľa dokladu poistníka (druh dokladu: OP, cestovný pas a jeho číslo).....
* nehodiace sa preškrtnite