viac ako / štandard

Žiadosť

Reaktivácia zaniknutej zmluvy životného poistenia

číslo poistnej zmluvy

Poistník

Meno/Názov	Priezvisko	Rodné číslo/IČO
Adresa - trvalý pobyt		Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas — Číslo dokladu totožnosti
Korešpondenčná adresa		

Poistený

Meno	Priezvisko	Rodné číslo
Adresa - trvalý pobyt		Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas — Číslo dokladu totožnosti

Poistník týmto žiada spoločnosť AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom: Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č. 1327/B, (ďalej len „poisťovateľ")

o reaktiváciu (obnovenie) vyššie uvedenej poistnej zmluvy.

Vyhlásenie poistníka a poisteného

Dňa _____ som uhradil/a dlžné poistné vo výške _____ € na účet poisťovateľ č. 1424444005/1111,

variabilný symbol (číslo zmluvy) _____ (v prípade, že nebolo požadované dlžné poistné, údaje neuvádzate).
Som si vedomý/á, že poisťovateľ môže reaktivovať poistnú zmluvu až po splnení poisťovateľom stanovených podmienok pre ďalšie trvanie poistenia a za predpokladu doručenia žiadosti Reaktivácia zaniknutej zmluvy životného poistenia (ďalej len „žiadosť"), podpísanej zo strany poistníka aj poisteného. Zároveň som si vedomý/á skutočnosti, že v prípade investičného životného poistenia poisťovateľ nezodpovedá za možný negatívny vplyv na vývoj investícií spôsobený časovým odstupom medzi evidovaným zánikom poistnej zmluvy a dátumom reaktivácie poistnej zmluvy.

Vyhlasujem, že v súvislosti so žiadosťou si od dátumu evidovaného zániku poistnej zmluvy až do dňa obnovenia poistnej zmluvy nebudem nárokovať poistné plnenie z vyššie uvedenej poistnej zmluvy za poistnú udalosť, ktorá mohla v tomto čase nastať.

Zároveň potvrdzujem, že od dátumu evidovaného zániku poistnej zmluvy nie som v pravidelnej lekárskej starostlivosti či pod pravidelným lekárskym dohľadom v dôsledku zisteného ochorenia a ani mi lekársky dohľad nebol odporúčaný, že netrpím žiadnym chronickým, dlhotrvajúcim, opakujúcim sa ochorením, telesnou vadou alebo závislosťou, že nemám žiadny trvalý následok z úrazu, že pravidelne alebo trvale neužívam lieky a ani mi užívanie liekov nebolo lekárom odporúčané.

Zároveň vyhlasujem, že od dátumu evidovaného zániku poistnej zmluvy mi nebol priznaný invalidný dôchodok a ani som oň nežiadal/a, že nie som v súčasnosti práceneschopný/á a že sa môj zdravotný stav nezhoršil oproti stavu uvedenom v Návrhu zmluvy pri jeho uzatváraní.

Poistník a poistený zároveň vyhlasujú, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú totožné s údajmi, ktorými poisťovateľ disponoval v čase, kedy zmluva zanikla. V prípade zmien údajov (adresa trvalého pobytu, korešpondenčná adresa, meno a priezvisko, číslo dokladu totožnosti) je potrebné vyplniť zmenené údaje v tejto žiadosti a pripojiť k žiadosti fotokópiu dokladu, ktorý danú zmenu preukazuje a ktorú overí svojím podpisom finančný sprostredkovateľ.

Podpisy

Ak je poistený odlišný od poistníka, žiadosť nie je možné akceptovať bez oboch podpisov.

K žiadosti je potrebné priložiť doklad o úhrade súčtu dlžného poistného a poistného od dátumu zániku zmluvy do dátumu spísania žiadosti (kópiu poštovej poukážky alebo príkazu k úhrade).

Dátum podpisu	Podpis poistníka (Ak je poistníkom právnická osoba, uveďte meno, priezvisko a funkciu štatutárneho orgánu)	Podpis poisteného (Ak za poisteného podpisuje zákonný zástupca, uveďte vzťah k poistenému, napr. matka)
Miesto		

Kontrolu vykonal

Zástupca poisťovateľa číslo	Telefónne číslo zástupcu poisťovateľa	Podpis zástupcu poisťovateľa

RA

778/77g 11/2011

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovensko
Sídlo spoločnosti: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, Slovensko
AXA linka: +421 2 2929 2929, Fax: +421 2 5949 1112, Email: info@axa.sk, www.axa.sk
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B