



Žádost o provedení změny pojistné smlouvy – univerzální žádanka

 Změnu provedte k datu splatnosti 1)

 Číslo pojistné smlouvy

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“) a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 05 Praha 10, Česká republika, IČ: 49240749, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 2044 (dále jen „ČPZ“)

Žadatel 2) pojistník pojištěný osoba žádající o pojistné plnění

Příjmení / Název firmy

Jméno Titul

Rodné číslo / IČ Adresa trvalého / jiného pobytu:

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon / E-mail

Oznámení změny údajů pojistníka pojištěného pojištěného dítěte 2. pojištěného

Příjmení / Název firmy

Jméno Titul

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Změna rodného čísla / IČ na: Zavést / zrušit 2. pojištěného

Převod práv z pojistníka na pojištěného 3)

Přebírám tímto všechna práva a povinnosti vyplývající z uzavřené pojistné smlouvy a přebírám pojistnou smlouvu a pojistku. Beru na vědomí, že jsem povinen uhradit v plné výši případné dlužné pojistné, které nebylo uhrazeno za příslušné pojistné období před datem účinnosti změny.

Podpis pojištěného, číslo OP

Změna oprávněné osoby 3) 4) / obmyšleného 3) 5)

Určená vztahem: manžel manželka děti rodiče matka otec

Určená jménem (příjmení, jméno a datum narození):

Neurčuji (Při smrti pojištěného mají právo na plnění osoby uvedené v ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě.)

Souhlasím se změnou oprávněné osoby 3) 4) / obmyšleného 3) 5)

Podpis pojištěného, číslo OP

Změny placení pojistného 3) 7)

Nová frekvence placení pojistného měsíčně čtvrtletně pololetně ročně

Nová forma placení pojistného Souhlasem k inkasu 9) Souhlasem k inkasu ze spořicího účtu 9) Trvalým příkazem

Předčíslí a číslo účtu Kód banky

přes SIPO Spojovací číslo SIPO Jinou formou

Změny v životním pojištění 3) 7)

Nová pojistná částka pro případ smrti nebo dožití, resp. smrti (platí označení uvedené v pojistné smlouvě) Kč

Nové celkové lhůtní pojistné Kč

dožití pojištěného dítěte Kč

Dynamické pojištění 10) zavést odmítnout zrušit změnit koeficient na

Indexace pojištění 11) obnovit pozastavit odmítnout

Pojistění závažných onemocnění sjednávané s ČP 3) zavést zrušit

Měsíční důchod v případě smrti pojištěného zavést zrušit

Pojistění zproštění od placení pojistného sjednávané s ČP 3) zavést zrušit

Zánik povinnosti platit pojistné zavést zrušit

Změny v úrazovém pojištění dospělých sjednávané s ČP 3)

Povolání (upřesněte):

Riziková skupina na (1, 2, 3, P, S) Vysoce riziková činnost (upřesněte sport):



TC89263003074

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci
Podpis zaměstnance České pojišťovny a.s. *)

Změny v úrazovém pojištění dospělých sjednávané s ČP do 31. 8. 2008 ³⁾

Progresivní plnění za trvalé následky úrazu zavést zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu (DNL-D) zavést změnit násobek zrušit

zavést změnit násobek zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) zavést zrušit
 Hospitalizace zavést zrušit

Upřesněte:

Změny v úrazovém pojištění dospělých sjednávané s ČP od 1. 9. 2008 ³⁾

Extrémní sporty (nelze sjednat u rizika DNL-MAX) zavést zrušit
 Smrt následkem úrazu zavést změnit zrušit
 Smrt následkem úrazu v motorovém vozidle zavést změnit zrušit
 Trvalé následky úrazu zavést změnit zrušit
 Plnění od , %
 Trvalá invalidita následkem úrazu zavést změnit zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu varianta DNL: zavést změnit zrušit
 Hospitalizace následkem úrazu zavést změnit zrušit

zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 Progresivní plnění zavést zrušit
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ

Upřesněte:

Změny v úrazovém pojištění dětí sjednávané s ČP ³⁾ u všech pojištěných dětí u jednoho pojištěného dítěte (doplňte příjmení, jméno a rodné číslo dítěte)

Příjmení Jméno
 Rodné číslo

Změny v úrazovém pojištění dětí sjednávané s ČP do 31. 8. 2008 ³⁾

Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) zavést zrušit Doba nezbytného léčení úrazu (DNL-D) zavést změnit násobek zrušit
 Hospitalizace zavést zrušit

zavést změnit násobek zrušit
 zavést změnit násobek zrušit

Upřesněte:

Změny v úrazovém pojištění dětí sjednávané s ČP od 1. 9. 2008 ³⁾

Smrt následkem úrazu zavést změnit zrušit
 Trvalé následky úrazu včetně progresivního plnění od 0,01 % zavést změnit zrušit
 Trvalá invalidita následkem úrazu zavést změnit zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu varianta DNL: zavést změnit zrušit
 Hospitalizace následkem úrazu zavést změnit zrušit

zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ
 zrušit Nová pojistná částka KČ

Změny u KOMBI ³⁾ **Složka Smrt** (pouze u KOMBI-D) **Složka Smrt / Závažné onemocnění** (pouze u KOMBI-D) zavést změnit zrušit

Nová pojistná částka KČ
 Zvýšení návratného vkladu o KČ na výši KČ
 Snížení návratného vkladu o KČ na výši KČ
 Složka Dožití zavést Návratný vklad ve výši KČ
 Složka Úraz zavést změnit násobek zrušit

Povolání (upřesněte):

Riziková skupina na (1, 2, 3, P) Vysoce riziková činnost (upřesněte sport):

Progresivní plnění za trvalé následky úrazu zavést zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) zavést zrušit Přípojištění drobných úrazů zavést zrušit
 Doba nezbytného léčení úrazu (DNL-D) zavést změnit násobek zrušit Hospitalizace zavést zrušit

Upřesněte:

Změna v soukromém zdravotním pojištění ⁴⁾ / změna v pojištění pro případ nemoci sjednávané s ČPZ ³⁾

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti T 544 zavést změnit zrušit Nová výše denní dávky KČ
 Pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici T 440 zavést změnit zrušit Nová výše denní podpory KČ
 Pojištění denní podpory při hospitalizaci dítěte ve zdravotnickém zařízení T441 zavést změnit zrušit Nová výše denní podpory KČ
 Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti T 644 zavést zrušit

Povolání ¹²⁾ (upřesněte):

Číslo pojistné smlouvy

Podpis pojišťovacieho zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci
 Podpis zaměstnance České pojišťovny a.s. *)

Příspěvek zaměstnavatele ⁹⁾
 zavést
 změnit
 zrušit

zaměstnavatel přispívá na celkové lhůtní pojistné v jeho plné výši
 Nová výše celkového lhůtního pojistného po změně

Celková výše příspěvku KČ
 z toho na ŽP KČ

V případě zavedení příspěvku zaměstnavatele nebo změny zaměstnavatele vyplňte informace o zaměstnavateli. V případě změny je vždy nutné přiložit k žadance písemný souhlas zaměstnavatele s výší příspěvku.

Informace o zaměstnavateli

Název zaměstnavatele

IČ Číslo rámcové smlouvy

Žádám o přerušení placení pojistného a o zrušení sjednaných přípojištění / pojištění (včetně pojištění závažných onemocnění) ⁸⁾ (v případě příspěvku zaměstnavatele je nutné zrušit všechna sjednaná přípojištění / pojištění)

Žádám o přerušení placení pojistného a požaduji ponechat sjednaná přípojištění / pojištění (včetně pojištění závažných onemocnění)

Žádám o zproštění od placení pojistného ³⁾ (přiložte kopii rozhodnutí České správy soc. zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu)

Žádám o opis pojistné smlouvy

Žádám o sdělení výše odbytného ⁴⁾ / odkupného ⁵⁾

Žádám o zrušení pojistné smlouvy ⁹⁾

s výplatou odbytného ⁴⁾ / odkupného ⁵⁾
 ke konci pojistného období (žádost musí být doručena pojistiteli 6 týdnů před koncem pojistného období)
 výpovědí do 2 měsíců od uzavření pojistné smlouvy

do 3 měsíců od doručení oznámení vzniku pojistné události (pouze pro pojistné smlouvy uzavřené od 1. 1. 2005)

Poplatek byl uhrazen dne

Upřesněte:

Pojistné plnění, případně jinou pohledávku za Českou pojišťovnou a.s., zašlete na účet:

Předčíslí a číslo účtu

Variabilní symbol

Kód banky

Souhlasím se zrušením pojistné smlouvy s výplatou odbytného ⁴⁾ / odkupného ⁵⁾ (pouze pro pojistné smlouvy uzavřené od 1. 1. 2005)

Podpis pojištěného, číslo OP, rodné číslo

Vinkulace
 zavést
 zrušit

Banka
 Kód banky
 Nebankovní subjekt

Subjekt vinkulace

Přílohy:

Jiné (uveďte nebo upřesněte prosím Váš požadavek):

Souhlasím s tím, aby Česká pojišťovna a.s. na základě žádosti upravila u výše uvedené pojistné smlouvy pojistnou částku nebo výši pojistného nebo dobu trvání pojištění v souladu s pojistně technickými zásadami.

Identifikace fyzické osoby podle zákona č. 253/2008 Sb. (pro Identifikaci fyzické osoby podnikající, Identifikaci právnické osoby a pro Kontrolu klienta použijte zvláštní formulář)

Politicky exponovaná osoba nebo vztah k ní
 NE
 ANO
 Jméno, funkce:

Totožnost ověřena podle
 občanského průkazu
 cestovního pasu
 jiného dokladu:

Číslo dokladu:
 Vydáno (stát, popř. orgán):

Platnost do:
 Místo narození:
 Státní občanství ČR ANO

Prohlášení žadatele: Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že jsem nezamětlivě žádná důležitá fakta, která mi jsou nebo mohou být známa, a zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit pojistiteli jejich změnu. Zároveň potvrzuji, že jsem byl seznámen s definicí politicky exponované osoby ve smyslu § 4 odst. 5 písm. a), b) zákona č. 253/2008 Sb.

Prohlášení zástupce pojistitele: Potvrzuji, že jsem všechny údaje i podobu podle dokladu totožnosti, resp. údaje podle dokladu o existenci právnické osoby řádně ověřil a že jsem kontrolu provedl v rozsahu potřebném k posouzení možného rizika legalizace výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

V dne

Podpis žadatele

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci / Podpis zaměstnance České pojišťovny a.s. *)

Jméno, příjmení, podpis zástupce zaměstnavatele a razítko

¹⁾ Změna bude provedena k datu, kdy ji pojistitel zaznamená do provozního systému, nejdříve však k tomuto žadatelem uvedenému datu.
²⁾ Žadatel souhlasí s tím, že jeho osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizovaně prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovávatel, se kterými uzavře smlouvy o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů, a dále v souladu se zákonem o pojišťovnictví a zákonem o pojistné smlouvě.
³⁾ U těchto změn bude vyhotoven dodatek k pojistné smlouvě. Ostatní změny budou pojistitelem akceptované, nebudou-li pojistitelem zamítnuty.
⁴⁾ Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 12. 2004.
⁵⁾ Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané od 1. 1. 2005.
⁶⁾ V případě prodloužení s placením pojistného bude ČP a.s. opakovaně dlužné pojistné předepisovat.
⁷⁾ V případě, že změna nebude provedena k výročnímu dni (počátku) pojištění, pojistník souhlasí se změnou výročního dne (počátku) pojištění, včetně data sjednaného konce pojištění.
⁸⁾ Pojistník bere na vědomí, že přerušením placení nebo předčasným ukončením pojištění může dle konkrétních okolností vzniknout povinnost upravit základ daně z příjmů fyzických osob, včetně případné povinnosti doplatit daň a její příslušenství v souladu s platnou právní úpravou.
⁹⁾ Nutný písemný souhlas zaměstnavatele včetně razítka (při podpisu tiskopisu nebo i samostatně).
¹⁰⁾ Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 30. 6. 2006.
¹¹⁾ Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané od 1. 7. 2006.
¹²⁾ Nevyplňuje se, je-li povolání vyplněno při žádosti o změnu úrazového pojištění.

Ziskatelské číslo %
 Ziskatelské číslo %

Číslo pojistné smlouvy
 Kód podobochodníka

Identifikace