ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Žádost o provedení změny pojistné smlouvy – univerzální žádanka

Změnu proveďte k datu splatnosti [1]) ☐☐.☐☐.20☐☐

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 ☐ **změnu adresy proveďte na všech životních pojistných smlouvách**

Příjmení / Název firmy

Jméno Titul

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

☐ Změna rodného čísla / IČ na: ☐ Zavést/zrušit tohoto pojištěného s r.č.

☐ **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, rodné číslo

☐ **Změna oprávněné osoby [3]) [4]) / obmyšleného [3]) [5])** pro pojištěného r. č.:

☐ 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 (pokud je rozdílný od pojistníka), číslo OP

☐ **Změny placení pojistného [3]) [7])**

Nová frekvence placení pojistného měsíčně ☐ čtvrtletně ☐ pololetně ☐ ročně ☐

Nová forma placení pojistného Souhlasem k inkasu [6]) ☐ Souhlasem k inkasu ze sporožirového účtu [6]) ☐ Trvalým příkazem ☐

Předčíslí a číslo účtu Kód banky

přes SIPO ☐ Spojovací číslo SIPO Jinou formou ☐

☐ **Změny v životním pojištění [3]) [7])** **Nové celkové lhůtní pojistné** Kč

Nová pojistná částka pro případ smrti Kč

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

Nová pojistná částka pro případ dožití Kč

Měsíční důchod v případě smrti pojištěného ☐ zavést ☐ zrušit **Nová výše měsíčního důchodu** Kč

Pojištění pro případ smrti – rizikové pojištění

Pevná pojistná částka ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit **Nová pojistná částka** Kč

Klesající pojistná částka ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Úroková sazba ☐☐,☐☐ v % **Nová pojistná částka** Kč

Pojištění pro případ závažného onemocnění dítěte ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit **Nová pojistná částka** Kč

Pojištění závažných onemocnění ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit **Nová pojistná částka** Kč

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

*) nehodící se škrtněte

TC89263003082

Zánik povinnosti platit pojistné v případě závažného onemocnění ☐ zavést ☐ zrušit

Pojištění kritických onemocnění ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit **Nová pojistná částka** ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Zánik povinnosti platit pojistné v případě kritického onemocnění ☐ zavést ☐ zrušit

Pojištění zproštění od placení pojistného ☐ zavést ☐ zrušit

Zánik povinnosti platit běžné pojistné v případě smrti pojištěného ☐ zavést ☐ zrušit

Měsíční invalidní renta ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit **Nová výše měsíční invalidní renty** ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Dynamické pojištění [10]) / Indexace [11]) ☐ zavést/obnovit ☐ zrušit/pozastavit na 5 let ☐ nyní odmítnout (na 1 rok)

☐ **Změny v úrazovém pojištění sjednávaném s ČP** ☐ u všech pojištěných ☐ u jednoho pojištěného (uveďte příjmení, jméno a rodné číslo pojištěného)

Příjmení ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Jméno ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rodné číslo ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Povolání (upřesněte): ☐

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

☐ **Změny v úrazovém pojištění sjednávaném s ČP – sjednány násobky základních pojistných částek [3])** ☐ zavést ☐ změnit násobek ☐ zrušit

Progresivní plnění za trvalé následky úrazu ☐ zavést ☐ zrušit

Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) ☐ zavést ☐ zrušit

Doba nezbytného léčení úrazu (DNL-D) ☐ zavést ☐ změnit násobek ☐ zrušit

Hospitalizace ☐ zavést ☐ zrušit

Upřesněte: ☐

☐ **Změny v úrazovém pojištění sjednávaném s ČP – sjednány pojistné částky pro jednotlivá rizika [3])**

Extrémní sporty (nelze sjednat u rizika DNL-MAX) ☐ zavést ☐ zrušit

Smrt následkem úrazu ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Smrt následkem úrazu v motorovém vozidle ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Trvalé následky úrazu včetně progresivního plnění od ☐☐ , ☐☐ % ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Trvalá invalidita následkem úrazu ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Doba nezbytného léčení úrazu varianta DNL: ☐☐☐ ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Hospitalizace následkem úrazu ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nová pojistná částka ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Upřesněte: ☐

☐ **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

☐ **Změny v soukromém zdravotním pojištění [4]) / změna v pojištění pro případ nemoci sjednávaném s ČPZ [5]) [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

Pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu T940 ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit Nový počet měsíců plnění ☐☐ Nová výše měsíčního plnění ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ Kč

Povolání [12]) (upřesněte): ☐

☐ **Změny ve zdravotní a úrazové asistenci**

Balíček ☐ ☐ zavést ☐ zrušit

Balíček ☐ ☐ zavést ☐ zrušit

☐ **Příspěvek zaměstnavatele [9])** ☐ zavést ☐ změnit ☐ zrušit

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

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 žádance písemný souhlas zaměstnavatele s výší příspěvku.

Číslo pojistné smlouvy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

*) nehodící se škrtněte

Informace o zaměstnavateli
Název zaměstnavatele

IČ

Číslo rámcové smlouvy

☐ **Žádám o přerušení placení pojistného a o zrušení sjednaných připojištění / pojištění** (v případě příspěvku zaměstnavatele je nutné zrušit všechna sjednaná připojištění / pojištění)

☐ **Žádám o přerušení placení pojistného a požaduji ponechat sjednaná připojištění / pojištění**

☐ **Žádám o zproštění od placení pojistného [3])** (přiložte kopii rozhodnutí České správy soc. zabezpečení o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně)

☐ **Žádám o opis pojistné smlouvy**

Poplatek byl uhrazen dne 20

☐ **Žádám o sdělení výše odbytného [4]) / odkupného [5])**

☐ **Žádám o zrušení pojistné smlouvy [8])**

☐ 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)

Upřesněte:

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

Předčíslí a číslo účtu

Kód banky

Variabilní symbol

Souhlasím se zrušením pojistné smlouvy s výplatou odkupného [5])
(pouze pro pojistné smlouvy uzavřené od 1. 1. 2005)

Podpis pojištěného (pokud je rozdílný od pojistníka), 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 a kontrola 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: 20 Místo narození: Státní občanství ČR ☐ ANO

Účel a zamýšlená povaha obchodu: ☐ pojistná ochrana a/nebo akumulace finančních prostředků ☐ jiné

Zdroje finančních prostředků (příjmy): ☐ ze závislé/podnikatelské činnosti ☐ jiné (definujte):

Prohlášení žadatele: Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že jsem nezamlčel žádné důležité údaje, které mi jsou nebo mohou být známy, 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 20

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 zpracovatelů, 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 prodlení 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, pokud klient v průběhu pojištění neakceptoval nabídku ČP na zavedení Indexace.
[11]) Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané od 1. 7. 2006, nebo pro pojistné smlouvy sjednané dříve, pokud klient v průběhu pojištění akceptoval nabídku ČP na zavedení Indexace.
[12]) Nevyplňuje se, je-li povolání vyplněno při žádosti o změnu úrazového pojištění.

Získatelské číslo %

Získatelské číslo %

Číslo pojistné smlouvy

Kód podobchodníka

Identifikace

*) nehodící se škrtněte