

Číslo pojistné smlouvy											
Jméno a příjmení pojistníka (plátce pojistného)											
Tel. kontakt na pojistníka						E-mail pojistníka					

1. Změna jména (k provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu jména!)

Pojištěný											
Pojistník (plátce pojistného)											

2. Změna adresy pro doručování

Nová adresa											PSC				
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--

3. Změna oprávněné/obmyšlené osoby (k provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis pojistníka (plátce pojistného) a pojištěného, je-li jiný než pojistník!)

	Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k pojištěnému (pouze pro potřeby identifikace obmyšlené os.)	Podíl plnění (%) - celá procenta
I				
II				
III				
IV				

4. Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění Způsob (frekvence) placení pojistného ročně pololetně čtvrtletně měsíčně

<input type="checkbox"/> odebrání	<input type="checkbox"/> přidání	<input type="checkbox"/> změna výše příspěvku	výše příspěvku		Kód + IČ	9					
<input type="checkbox"/> výše pojistného beze změny	<input type="checkbox"/> pojistné navýšit o příspěvek zaměstnavatele	celkové nové pojistné (splátka)									Kč

Název a adresa společnosti, kontaktní osoba, telefon, email										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. **Změna pojistníka (plátce pojistného)** - k provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis původního pojistníka (plátce pojistného)
 V případě životního pojištění vyplňte, prosím i formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“ nového pojistníka. **Změna zaměstnání** (obor, náplň činnosti)
 Vyplňte pouze kolonku ohledně zaměstnání!

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného)																								
Rodné číslo												Státní příslušnost					Datum narození						Vztah k pojištěnému	
Adresa pro doručování											PSC													
Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor)																								

6. Změna způsobu (frekvence) placení splátek na běžné pojistné roční pololetní čtvrtletní měsíční

7. Změna pojistné doby u životního pojištění
 V případě prodloužení pojistné doby či zvýšení pojistné ochrany vyplňte také formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/pojištěných dětí“ a uveďte Váš hrubý roční příjem!

na			let	do věku			let	hrubý roční příjem				Kč
----	--	--	-----	---------	--	--	-----	--------------------	--	--	--	----

8. Změna pojistné částky u základního životního pojištění zvýšení (je třeba zdravotní dotazník) snížení na

<input type="checkbox"/> 9. Změna pojistného u základního životního pojištění <input type="checkbox"/> zvýšení pojistného <input type="checkbox"/> snížení pojistného na							Kč
--	--	--	--	--	--	--	----

10. Změna v připojištěných přidání pojistné ochrany (je třeba zdravotní dotazník) odebrání pojistné ochrany ukončení doložky o indexaci

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

11. Jiné

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

PROHLÁŠENÍ

Níže podepsané osoby jsou si vědomy, že veškeré změny požadované v tomto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojistitele. V případě, že se změna pojistné smlouvy týká úpravy pojistného, je schválení změny pojistné smlouvy podmíněno zaplacením příslušného pojistného. Schválením pojistitele se tento návrh stává součástí pojistné smlouvy.

Podepsáno v
 | | | | | | | | | | dne | | | | |

Pojistník
(uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)
 | | | | | | | | | |

Nový pojistník – v případě změny pojistníka
(uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)
 | | | | | | | | | |

Pojištěný (zákonný zástupce)
 | | | | | Svědék/pojišťovací zprostředkovatel | | | | | |



0212094A0491011