

Žiadosť o zmenu v poisťnej zmluve

Číslo poisťky: _____ Tel. kontakt na poisťníka: _____ Č. dokladu totožnosti poisťníka: _____

Meno a priezvisko poisteného: _____ Dátum narodenia: _____

Meno a priezvisko poisťníka: _____ Dátum narodenia: _____

Zmena priezviska Dôvod: sobáš rozvod osvojenie iné (rozpíšte): _____
 Poistený z: na: Poisťník z: na:
 (Pozor! Pri zmene priezviska je potrebný pôvodný, aj súčasný vzorový podpis + akýkoľvek doklad potvrdzujúci zmenu priezviska/mena.)

Zmena adresy zasielania korešpondencie:

Zmena poisťníka (Pozor! Je potrebný notársky overený podpis pôvodného aj navrhovaného poisťníka.)
 Navrhovaný poisťník (meno a priezvisko) Rodné číslo:
 Vzťah k poistenému: Adresa:

Zmena oprávnených osôb (H - hlavné, N - náhradné) Vyplňte, prosím, všetky kolonky.
 (Pozor! Je potrebný notársky overený podpis poisťníka, resp. poisteného aj poisťníka, pokiaľ sa jedná o rozdielne, dospelé osoby.)

Meno a priezvisko	H/N	Rodné číslo	Vzťah k poistenému	Podiel na plnení (%)
...../.....
...../.....
...../.....
...../.....

Pokiaľ nie je stanovené inak, plnenia budú rozdelené rovnakým dielom medzi hlavné oprávnené osoby, ktoré sú po smrti poisteného nažive. Pokiaľ po smrti poisteného nebudú hlavné oprávnené osoby nažive, plnenia budú rozdelené medzi žijúce náhradné oprávnené osoby, ak ani tých niet, podľa Občianskeho zákonníka.

Prosím, potvrďte jednu z nasledovných možností, ak sú oprávnenými osobami maloletí:
 Týmto súhlasím, že v prípade, ak osobou oprávnenou na plnenie je maloletý, poisťné plnenie z vyššie uvedených poistení a pripoistení bude vyplatené (vyberte jednu z možností):

- v prospech maloletého k rukám zákonného zástupcu
 na účet v peňažnom ústave otvorený zákonným zástupcom a vinkulovaný čo do nakladania s plnením do dovŕšenia plnoletosti dieťaťa.

Úprava poisťnej sumy zvýšenie (potrebný zdravotný dotazník) zníženie (max. o 25%) na: _____ EUR
 Upravená poisťná suma nemôže klesnúť pod minimálny limit pre daný typ základného poistenia.

Úprava poisťného zvýšenie (potrebný zdravotný dotazník) zníženie (max. o 25%) na: _____ EUR
 Viď zníženie poisťnej sumy.

Zmena na poistenie so zníženou poisťnou sumou
 V platnosti ostáva základné životné poistenie bez potreby uhrádzania obnovovacích platieb a bez ďalšej tvorby podielov na výnose.

Zmena spôsobu platenia a poisťného obdobia na: ročné polročné štvrtročné

Zmena v pripoisteniach
 doplnenie (potrebný zdravotný dotazník)
 zrušenie
 Konkretizovanie pripoistenia, hlavne pri špeciálnych ponukách.

Zrušenie zmluvného dojednania o indexácii IND, (viď. Čl.8 Zmluvného dojednania o indexácii)
 Odkup IND

Iné

PREHLÁSENIE

Dolupodpísané osoby sú si vedomé, že všetky zmeny požadované v tejto žiadosti podliehajú schváleniu poisťiteľom.

V dňa Poistený Poisťník

Svedok (poisťovací poradca) Navrhovaný poisťník

Osoba, v prospech ktorej je poistenie vinkulované

Správnosť žiadosti o zmenu overil: _____ Dátum

Meno a priezvisko: Podpis