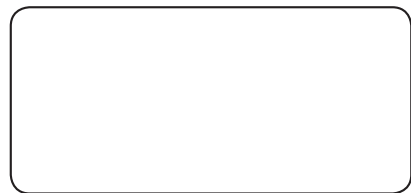




## ŽÁDOST O PROVEDENÍ ZMĚNY POJISTNÉ SMLOUVY Životní pojištění



Změnu proveďte k datu splatnosti<sup>1)</sup>

číslo pojistné smlouvy

ÚČASTNÍCI POJIŠTĚNÍ

**Pojistitel:** Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO: 452 72 956, DIČ: CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464 (dále jen „ČP“) a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, Nusle, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČO: 492 40 749, DIČ: CZ49240749, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 2044 (dále jen „ČPZ“)

**Žadatel<sup>2)</sup>**  pojistník  pojištěný  osoba žádající o pojistné plnění

Příjmení / Název firmy  Pohlaví  muž  žena

Jméno  Titul

Rodné číslo / IČO  Datum narození (jen u cizích stát. příslušníků)

### Adresa trvalého / jiného pobytu:

Ulice (místo)  Č.p./č.or.  /

Obec (pošta)  PSČ

Telefon / e-mail

IDENTIFIKACE ŽADATELE  
PODLE ZÁKONA Č. 253/2008 SB.

Totožnost a shoda podoby žadatele byly ověřeny dle občanského průkazu, není-li uveden jiný doklad. Jiný doklad

Politicky exponovaná osoba nebo vztah k ní ANO

Číslo dokladu  Vydáno (stát, popř. orgán)  Platnost do

Místo narození

Státní občanství ČR  Jiné

Současně uveďte všechny další státy, kde jste přihlášen k pobytu delšímu než jeden rok, nebo k trvalému pobytu.

**1. Účel a zamýšlená povaha obchodu**  Pojistná ochrana a/nebo akumulace finančních prostředků  Jiné (definujte)

**2. Zdroje finančních prostředků**  Ze závislé / podnikatelské činnosti  Jiné (definujte)

ZMĚNA OSOBNÍCH ÚDAJŮ

**Oznámení změny údajů**  pojistníka  pojištěného  pojištěného dítěte  2. pojištěného  **Změnu adresy proveďte na všech životních pojistných smlouvách**

Příjmení / Název firmy  Titul

Jméno

Ulice (místo)  Č.p./č.or.  /

Obec (pošta)  PSČ

Změna rodného čísla / IČO na:   Zavést / zrušit tohoto pojištěného s RČ

PŘEVOD PRÁV

**Převod práv z pojistníka na pojištěného<sup>3)</sup>**

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 OBMÝŠLENÉ OSOBY

**Změna oprávněné osoby<sup>3) 4)</sup> / obmyšleného<sup>3) 5)</sup>** 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 a v ustanovení § 2831 občanského zákoníku.)

**Podpis pojištěného (pokud je rozdílný od pojistníka), číslo OP**

ZMĚNA PLACENÍ

**Změny placení pojistného<sup>3) 7)</sup>**

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

**Nová forma placení pojistného**  Souhlasem k inkasu<sup>6)</sup>  Souhlasem k inkasu ze spořitelního účtu<sup>6)</sup>  Trvalým příkazem

Předčíslí a číslo účtu  Kód banky

přes SIPO  Spojovací číslo SIPO   Jinou formou



\*TC89828000015\*

**Podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího ČP a ČPZ na základě plné moci / Podpis zaměstnance ČP/ČPZ na základě plné moci**



Změny v soukromém zdravotním pojištění<sup>4)</sup> / změna v pojištění pro případ nemoci sjednávaném s ČPZ<sup>3)</sup> 5)

Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti T544

 zavést změnit zrušit

Nová výše denní dávky

   Kč

Pojištění denní podpory při pobytu v nemocnici T440

 zavést změnit zrušit

Nová výše denní podpory

   Kč

Pojištění denní podpory při hospitalizaci dítěte T441

 zavést změnit zrušit

Nová výše denní podpory

   Kč

Pojištění plateb pojistného při pracovní neschopnosti T644

 zavést zrušit

Pojištění splátek úvěru při ztrátě příjmu T940

 zavést změnit zrušit

Nový počet měsíců plnění

Nová výše měsíčního plnění

      KčPovolání<sup>12)</sup> (upřesněte): Změny ve zdravotní a úrazové asistenci

Program

 zavést zrušit

Program

 zavést zrušit Příspěvek zaměstnavatele<sup>9)</sup> 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 žadance písemný souhlas zaměstnavatele s výší příspěvku.

## Informace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

IČO

Číslo rámcové smlouvy

      Žádám o přerušeni placeni pojistného a o zrušení sjednaných připojištění / pojištění<sup>8)</sup> (v případě příspěvku zaměstnavatele je nutné zrušit všechna sjednaná připojištění / pojištění) Žádám o přerušeni placeni pojistného a požaduji ponechat sjednaná připojištění / pojištění Žádám o zproštění od placeni pojistného / o výplatu invalidní měsíční renty<sup>3)</sup> (přiložte kopii Rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení Praha s datem přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně a Posudek o invaliditě od Okresní správy sociálního zabezpečení) Žádám o opis pojistné smlouvy Žádám o sdělení výše odbytného<sup>4)</sup> / odkupného<sup>5)</sup>

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

Předčíslí a číslo účtu

Kód banky

Variabilní symbol

Vinkulace

 zavést zrušit Banka

Kód banky

   Nebankovní subjekt

Subjekt vinkulace

Přílohy:

Jiné (uveďte nebo upřesněte)

prosím svůj požadavek:

**Upozornění:** Tento tiskopis nelze použít pro zrušení / ukončení pojistné smlouvy / pojištění, slouží výhradně pro požadavky na změny v pojistné smlouvě.**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. Beru na vědomí, že na pojištění se vztahuje právní úprava zákona o daních z příjmů a na základě změny pojištění mi může dle konkrétních okolností vzniknout daňová povinnost v souvislosti s provedením změny pojištění. Zároveň potvrzuji, že jsem byl(a) před provedením identifikace seznámen(a) s definicí politicky exponované osoby ve smyslu § 4 odst. 5 písm. a), b) zákona č. 253/2008 Sb., která je také uvedena na internetových stránkách České pojišťovny a.s. Prohlašuji, že pokud není v rámci identifikace uvedeno jinak, nejsem politicky exponovaná osoba.**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 výnosu z trestné činnosti a financování terorismu.

## Prohlášení pojištěného

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl před sepsáním návrhu na změnu pojištění seznámen s platným zněním všeobecných, zvláštních a doplňkových pojistných podmínek a oceňovacích tabulek pro úrazové pojištění, které jsou součástí výše uvedené pojistné smlouvy, jejich obsahu rozumím a s navrhovaným rozsahem a podmínkami pojištění souhlasím.

Udělují pojistníkovi souhlas ke sjednání pojištění týkajícího se mé osoby a určení obmyšlených osob dle § 2832 občanského zákoníku.

**Prohlášení pojistníka/pojištěného pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn** prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování svých osobních údajů, a že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.ceskapojistovna.cz v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech pojistitele. Dále se zavazuji pojistiteli bezodkladně oznámit případné změny mnou sdělených osobních údajů. Jako pojistník se zavazuji, že v tomto rozsahu informuji i pojištěné a obmyšlené osoby.

## Prohlášení pojištěného pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

a) za účelem zjišťování zdravotního stavu při změně pojištění a pro případ šetření škodné události zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, a orgány správy sociálního zabezpečení povinnosti mlčenlivosti;

b) zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;

c) zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;

d) udělují zmocnění a zproštění mlčenlivosti i ve vztahu k dříve sjednaným pojištěním a vztahují se i na dobu po mé smrti nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

Číslo pojistné smlouvy

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího ČP a ČPZ na základě plné moci / Podpis zaměstnance ČP/ČPZ na základě plné moci

