



Změnu proveďte k datu splatnosti ¹⁾

2 0

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 Pohlaví muž žena

Jméno Titul

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

Adresa trvalého / jiného pobytu:

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon / E-mail

ÚČASTNÍCI POJIŠTĚNÍ

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.

ZMĚNA OSOBNÍCH ÚDAJŮ

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

PŘEVOD PRÁV

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

ZMĚNA OBMÝŠLENÉ OSOBY

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 sporozirového účtu ⁶⁾ Trvalým příkazem

Předčíslí a číslo účtu Kód banky

přes SIPO Spojovací číslo SIPO Jinou formou

ZMĚNA PLACENÍ

Změny v životním pojištění ³⁾ ⁷⁾

Nové celkové lhůtní pojistné

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

ZMĚNA ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ



TC0862000401A

ZMĚNA ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Pojištění pro případ závažného onemocnění dítěte	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč	
Pojištění závažných onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Zánik povinnosti platit pojistné v případě závažného onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Pojištění kritických onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Zánik povinnosti platit pojistné v případě kritického onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová výše měsíční invalidní renty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Pojištění zproštění od placení pojistného	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit																		
Zánik povinnosti platit běžné pojistné v případě smrti pojištěného	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit																		
Měsíční invalidní renta	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit																		
Dynamické pojištění ¹⁰⁾ / Indexace ¹¹⁾	<input type="checkbox"/> zavést/obnovit	<input type="checkbox"/> zrušit/pozastavit na 5 let	<input type="checkbox"/> nyní odmítnout (na 1 rok)																		

ZMĚNA ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

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⁾

Progresivní plnění za trvalé následky úrazu zavést zrušit

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

Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) zavést 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

ZMĚNA KOMBI

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 |
| Snížení návratného vkladu o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kč |
| **Složka Dožití** | zavést | | | Návratný vklad ve výši | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kč |

ZMĚNA ČPZ

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

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 ve zdravotnickém zařízení 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																			Kč

ZMĚNA ASISTENCE

Změny ve zdravotní a úrazové asistenci

Program zavést zrušit || Program | zavést zrušit |

Číslo pojistné smlouvy

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

T. č. 8620 verze 01 ZAD-U Strana 2 z 3 MHA

*) nehodící se škrtněte

ZMĚNA PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNÁVATELE

Příspěvek zaměstnavatele ²⁾ 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.

Informace o zaměstnavateli
 Název zaměstnavatele
 IČ
 Číslo rámcové smlouvy

OSTATNÍ ZMĚNY

Žádám o přerušení placení pojistného a o zrušení sjednaných připojištění / pojištění ³⁾ (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⁾

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 Váš požadavek):

Upozornění:
 Tento tiskopis nelze použít pro zrušení pojistné smlouvy/pojištění, slouží výhradně pro požadavky na změny v pojistné smlouvě.

IDENTIFIKACE A KONTROLA KLIENTA

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

Politicky exponovaná osoba ANO nebo vztah k ní

Totožnost a shoda podoby občanského průkazu cestovního pasu jiného dokladu:

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

Platnost do: 20 Místo narození: Státní občanství ČR ANO Jiné

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

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

PROHLÁŠENÍ A PODPIS

Prohlášení žadatele: Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že jsem nezamítl žádné důležité údaje, které mi jsou nebo mohou být známy, a zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit pojišťiteli jejich změnu. Zároveň potvrzuji, že jsem byl (a) před provedením identifikace seznámán (a) s definicí politicky exponované osoby ve smyslu § 4 odst. 5 písm. A), b) zákona č. 253/2008 Sb. Prohlašuji, že pokud není v rámci identifikace uvedeno jinak, nejsem politicky exponovaná osoba.

Prohlášení zástupce pojišťitele: 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

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.

Podpis žadatele

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

Jméno, přijetí, podpis zástupce zaměstnavatele a razítko

VYSVĚTLIVKY

- Změna bude provedena k datu, kdy ji pojistitel zaznamená do provozního systému, nejdříve však k tomuto žadatelem uvedenému datu.
- 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.
- U těchto změn bude vyhotoven dodatek k pojistné smlouvě. Ostatní změny budou pojistitelem akceptovány, nebudou-li pojistitelem zamítnuty.
- Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 12. 2004.
- Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané od 1. 1. 2005.
- V případě prodlení s placením pojistného bude ČP a.s. opakovaně dlužné pojistné předepisovat.
- V případě, že změna nebude provedena k výročnímu dni (počátku) pojištění, pojistník souhlasí se změnou výročního dne (počátku) pojištění, včetně data sjednaného konce pojištění.
- Pojistník bere na vědomí, že přerušением placení pojistného 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
- Nutný písemný souhlas zaměstnavatele včetně razítka (při podpisu tiskopisu nebo i samostatně).
- Termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 30. 6. 2006, pokud klient v průběhu pojištění neakceptoval nabídku ČP na zavedení Indexace.
- 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.
- Nevyplňuje se, je-li povolání vyplněno při žádosti o změnu úrazového pojištění.

IDENTIFIKACE

Ziskatelské číslo A %

Ziskatelské číslo B %

Kód podobochodníka

Číslo pojistné smlouvy

Identifikace

Změnu proveďte k datu splatnosti ¹⁾

2 0

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 Pohlaví muž žena

Jméno Titul

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

Adresa trvalého / jiného pobytu:

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon / E-mail

ÚČASTNÍCI POJIŠTĚNÍ

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.

ZMĚNA OSOBNÍCH ÚDAJŮ

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

PŘEVOD PRÁV

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

ZMĚNA OBMÝŠLENÉ OSOBY

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 spořicího účtu ⁶⁾ Trvalým příkazem

Předčíslí a číslo účtu Kód banky

přes SIPO Spojovací číslo SIPO Jinou formou

ZMĚNA PLACENÍ

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

ZMĚNA ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

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

ZMĚNA ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Pojištění pro případ závažného onemocnění dítěte	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Pojištění závažných onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Zánik povinnosti platit pojistné v případě závažného onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Pojištění kritických onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová pojistná částka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Zánik povinnosti platit pojistné v případě kritického onemocnění	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	Nová výše měsíční invalidní renty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kč
Pojištění zproštění od placení pojistného	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit													
Zánik povinnosti platit běžné pojistné v případě smrti pojištěného	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit													
Měsíční invalidní renta	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit													
Dynamické pojištění ¹⁰⁾ / Indexace ¹¹⁾	<input type="checkbox"/> zavést/obnovit	<input type="checkbox"/> zrušit/pozastavit na 5 let	<input type="checkbox"/> nyní odmítnout (na 1 rok)													

ZMĚNA ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

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⁾

Progresivní plnění za trvalé následky úrazu zavést zrušit

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

Doba nezbytného léčení úrazu (DNL v %) zavést 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

ZMĚNA KOMBI

Změny u KOMBI ³⁾

Složka Smrt (pouze u KOMBI-D) zavést změnit zrušit

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

Nová pojistná částka | | | | | | | | | | | | | | | Kč || Zvýšení návratného vkladu o | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kč |
| Snížení návratného vkladu o | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kč |
| **Složka Dožití** zavést zrušit | | | | Návratný vklad ve výši | | | | | | | | | | | | | | Kč |

ZMĚNA ČPZ

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

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 ve zdravotnickém zařízení 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														Kč

ZMĚNA ASISTENCE

Změny ve zdravotní a úrazové asistenci

Program zavést zrušit || Program | zavést zrušit |

Číslo pojistné smlouvy

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

T. č. 8620 verze 01 ZAD-U Strana 2 z 3 MHA

*) nehodící se škrtněte

ZMĚNA PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNATELE

<input type="checkbox"/> Příspěvek zaměstnavatele ^{?)}	<input type="checkbox"/> zavést	<input type="checkbox"/> změnit	<input type="checkbox"/> zrušit	
<input type="checkbox"/> zaměstnavatel přispívá na celkové lhůtní pojistné v jeho plné výši		Nová výše celkového lhůtního pojistného po změně <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Kč		
Celková výše příspěvku <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Kč		z toho na ŽP <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 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.				
Informace o zaměstnavateli				
Název zaměstnavatele <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>				
IČ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>		Číslo rámcové smlouvy <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>		

OSTAŤNÍ ZMĚNY

<input type="checkbox"/> Žádám o přerušeni placeni pojistného a o zrušení sjednaných připojištění / pojištění ^{*)} (v případě příspěvku zaměstnavatele je nutné zrušit všechna sjednaná připojištění / pojištění)	
<input type="checkbox"/> Žádám o přerušeni placeni pojistného a požadují ponechat sjednaná připojištění / pojištění	
<input type="checkbox"/> Žádám o zproštění od placeni pojistného ^{?)} (přiložte kopii rozhodnutí České správy soc. zabezpečeni o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně)	
<input type="checkbox"/> Žádám o opis pojistné smlouvy	Poplatek byl uhrazen dne <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 20
<input type="checkbox"/> Žádám o sdělení výše odbytného ⁴⁾ / odkupného ^{?)}	
Pojistné plnění, případně jinou pohledávku za Českou pojišťovnu a.s., zašlete na účet:	
Předčíslí a číslo účtu <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Kód banky <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
Variabilní symbol <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	
Vinkulace <input type="checkbox"/> zavést <input type="checkbox"/> zrušit	Banka <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Kód banky <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> Nebankovní subjekt <input type="checkbox"/>
Subjekt vinkulace <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	
Přílohy: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	
Jiné (uveďte nebo upřesněte prosím Váš požadavek): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	
Upozornění: Tento tiskopis nelze použít pro zrušení pojistné smlouvy/pojištění, slouží výhradně pro požadavky na změny v pojistné smlouvě.	

IDENTIFIKACE A KONTROLA KLIENTA

Identifikace a kontrola fyzické osoby podle zákona č. 253/2008 Sb. (pro Identifikaci fyzické osoby podnikající a Identifikaci právnické osoby použijte zvláštní formulář)	
Politicky exponovaná osoba nebo vztah k ní <input type="checkbox"/> ANO	
Totožnost a shoda podoby ověřena dle <input type="checkbox"/> občanského průkazu <input type="checkbox"/> cestovního pasu <input type="checkbox"/> jiného dokladu: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	
Číslo dokladu: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>	Vydáno (stát, popř. orgán): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>
Platnost do: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> 20	Místo narození: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table> Státní občanství ČR <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Jiné <input type="checkbox"/>
Účel a zamýšlená povaha obchodu: <input type="checkbox"/> pojistná ochrana a/nebo akumulace finančních prostředků <input type="checkbox"/> jiné <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	
Zdroje finančních prostředků (příjmy): <input type="checkbox"/> ze závislé/podnikatelské činnosti <input type="checkbox"/> jiné (definujte): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	

PROHLÁŠENÍ A PODPIS

Prohlášení žadatele: Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že jsem nezamíchl 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 (a) před provedením identifikace seznámen (a) s definicí politicky exponované osoby ve smyslu § 4 odst. 5 písm. A), b) zákona č. 253/2008 Sb. 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 výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.	
V <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table> dne <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table> 20	
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 pojistné technickými zásadami.	
Podpis žadatele <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 50px;"></table>	Podpis pojistovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci / Podpis zaměstnance České pojišťovny a.s.*) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 50px;"></table>
Jméno, příjemní, podpis zástupce zaměstnavatele a razítko <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 50px;"></table>	

VYSVĚTLIVKY

- 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 pojistovnictví a zákonem o pojistné smlouvě.
- ³⁾ U těchto změn bude vyhotoven dodatek k pojistné smlouvě. Ostatní změny budou pojistitelem akceptovány, 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 přerušeni placeni pojistného 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 neakceptoval nabídku ČP na zavedení Indexace.
- ¹²⁾ Nevypíňuje se, je-li povolání vyplněno při žádosti o změnu úrazového pojištění.

IDENTIFIKACE

Ziskatelské číslo A <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table> %	Ziskatelské číslo B <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table> %
Číslo pojistné smlouvy <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>	Kód podobochodníka <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table> Identifikace <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>