

ŽIADOSŤ O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE PRE UNIRISK - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

Pokyny na vyplnenie tohto tlačiva sú uvedené na strane 2/2.

Číslo poistnej zmluvy:

Priezvisko a meno poistníka: _____ Rodné číslo:

Priezvisko a meno poisteného: _____ Rodné číslo:

Táto žiadosť sa považuje za doručenu dňom jej prevzatia Union poisťovňou, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, SR, IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ“).

1. Zvýšenie Zníženie bežného poistného za poistné obdobie na hodnotu _____ EUR.

2. Zmena frekvencie platenia bežného poistného na _____ krát ročne. 3. Dojednanie Zrušenie Obnovenie dynamizácie poistenia.

4. Zmena rizikovej skupiny poisteného:
Zamestnanie - pracovná činnosť: _____
Zamestnávateľ - názov, adresa: _____
Zaujímavá činnosť / pravidelná športová činnosť: _____

5. Pridanie, zmena alebo ukončenie poistenia a/alebo pripoistení - podľa kódu zmeny *	výška poistnej sumy	* Kód zmeny:
Žiadam o _____	_____ EUR	1 Dojednanie poistenia / pripoistenia
<input type="checkbox"/> Poistenie pre prípad smrti poisteného s konštantnou poistnou sumou _____	_____ EUR	2 Zvýšenie poistnej sumy
<input type="checkbox"/> Poistenie pre prípad smrti poisteného s klesajúcou poistnou sumou (nie kód 2 a 3!) na dobu <input type="text"/> rokov _____	_____ EUR	3 Zníženie poistnej sumy
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb poisteného - 19 chorôb _____	_____ EUR	4 Ukončenie poistenia / pripoistenia dohodou ku koncu poistného obdobia
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb poisteného - 32 chorôb _____	_____ EUR	5 Ukončenie poistenia / pripoistenia výpoveďou ku koncu poistného obdobia
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb poisteného - 3 choroby _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie smrti poisteného v dôsledku úrazu _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného <input type="checkbox"/> bez progresie <input type="checkbox"/> s progresiou 450 _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie maximálnej ochrany poisteného _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu poisteného - denná dávka _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie práceneschopnosti poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia _____	_____ EUR	
karenčná doba: <input type="checkbox"/> 10 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 21 dní <input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO		
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov poisteného _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam poisteného (nie kód 2 a 3!) _____		
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - preventívne vyšetrenie poisteného (nie kód 2 a 3!) _____		
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity poisteného nad 40 % s výplatom poistnej sumy _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity poisteného nad 70 % s výplatom poistnej sumy _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity poisteného nad 70 % s výplatom dôchodku _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidity poisteného (nie kód 2 a 3!) _____	maximálne do veku <input type="checkbox"/> 60 rokov <input type="checkbox"/> 65 rokov	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> bez progresie <input type="checkbox"/> s progresiou 450 _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu poisteného dieťaťa - denná dávka _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie hospitalizácie poisteného dieťaťa v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie chirurgických zákrokov poisteného dieťaťa _____	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb poisteného dieťaťa _____	_____ EUR	

6. Zánik poistenia: Žiadam o ukončenie poistnej zmluvy ku dňu _____. Dávam výpoveď poistnej zmluvy ku koncu poistného obdobia.

Iné (napr. číslo účtu) _____

Prílohy _____

Číslo OP / dokladu totožnosti poisteného _____ podpis poisteného

Číslo OP / dokladu totožnosti poistníka _____ podpis poistníka

Žiadosť prevzal a totožnosť overil (meno a priezvisko): _____

V _____ dňa _____ podpis zástupcu poisťovateľa

Pokyny pre vyplňanie žiadosti o zmenu v poisťnej zmluve

Vyplnenú žiadosť je potrebné zaslať na adresu: Union poisťovňa, a.s., odd. oceňovania rizík a správy životného a zdravotného poistenia, Karadžičova 10, 813 60 Bratislava.

1. O zníženie bežného poisťného môže poisťník požiadať kedykoľvek po skončení prvého poisťného roku a po zaplatení poisťného za prvý poisťný rok. Pri znížení bežného poisťného budú zodpovedajúco znížené dojednané poisťné sumy.

Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné.

Pri znižovaní poisťného je nutné dodržať minimálnu výšku poisťného podľa nasledujúcej tabuľky:

Poisťné obdobie	mesačné	štvrtročné	polročné	ročné
Minimálne bežné poisťné	15 EUR	45 EUR	90 EUR	180 EUR

2. Bežné poisťné je možné platiť ročne (1), polročne (2), štvrtročne (4), mesačne (12).
3. Dynamizáciu poistenia je možné dojednať, zrušiť alebo obnoviť iba k výročnému dňu poistenia. Žiadosť je potrebné doručiť najneskôr **10 týždňov** pred výročným dňom. Po zrušení je možné znovu obnoviť dynamizáciu poistenia k výročnému dňu poistenia, ktorý nasleduje najskôr dva mesiace po doručení žiadosti o obnovenie.
4. Zmena pracovnej alebo pravidelne vykonávanej záujmovej činnosti poisteného môže mať vplyv na zaradenie poisteného do inej rizikovej skupiny.

5. V príslušných kolónkach sa číslom vyznačí zmena, o ktorú poisťník žiada - podľa zoznamu kódov zmeny.

O dojednanie pripoistení je možné požiadať kedykoľvek po skončení prvého poisťného roku. Poisťovateľ následne zodpovedajúco zvýši bežné poisťné.

Pripoistenia môžu zaniknúť aj samostatne bez zániku hlavného poistenia, a to buď dohodou ku koncu poisťného obdobia alebo výpoveďou ku koncu poisťného obdobia, ktorú je potrebné dať najneskôr 6 týždňov pred jeho uplynutím. O zánik pripoistení je možné požiadať kedykoľvek po skončení prvého poisťného roku. Poisťovateľ následne zodpovedajúco zníži bežné poisťné.

O zmenu výšky konštantnej poisťnej sumy pre prípad smrti poisteného v hlavnom poistení a/alebo poisťných súm pripoistení je možné požiadať kedykoľvek po skončení prvého poisťného roku. V poistení pre prípad smrti poisteného s klesajúcou poisťnou sumou nie je možné meniť pôvodne dojednanú výšku poisťnej sumy.

Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Po vykonaní akejkoľvek zmeny je nutné dodržať minimálnu výšku poisťného podľa tabuľky uvedenej v bode 1 týchto pokynov.

6. Zánik poistenia je možný:

- pre poistenie s bežne plateným poisťným výpoveďou ku koncu poisťného obdobia v zmysle ustanovení § 800 Občianskeho zákonníka,
- pre poistenie s jednorazovo plateným poisťným na základe tejto žiadosti ku dňu, ktorý stanoví poisťník.

Pri ukončení poistenia na základe žiadosti poistenie zanikne dňom uvedeným v tejto žiadosti. Ak je tento dátum starší alebo rovnaký ako 15. deň od doručenia žiadosti poisťovateľovi alebo nie je uvedený žiadny dátum, poistenie zanikne 15. dňom, ktorý nasleduje po doručení žiadosti poisťovateľovi.

Pri ukončení poistenia výpoveďou ku koncu poisťného obdobia je potrebné dať výpoveď najneskôr 6 týždňov pred uplynutím poisťného obdobia.

Vysvetlivky:

Poisťné obdobie je časové obdobie dojednané v poisťnej zmluve, za ktoré sa platí bežné poisťné.

Podpisy poisťníka a poisteného v tomto tlačive musia byť zhodné s podpismi poisťníka a poisteného v poisťnej zmluve.