

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISTNEJ ZMLUVE PRE

 ŽIVOT INVEST

 ŽIVOT INVEST 1M

 PROGRAM INVEST KONTO

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.	<input type="checkbox"/> Zvýšenie	<input type="checkbox"/> Zníženie	bežného poistného na hodnotu _____ EUR	
2.	<input type="checkbox"/> Zvýšenie	<input type="checkbox"/> Zníženie	poistnej sumy pre prípad smrti na hodnotu _____ EUR	
3.	<input type="checkbox"/>	Zmena frekvencie platenia bežného poistného na _____ krát ročne	4.	<input type="checkbox"/> Zrušenie dynamizácie poistenia k výročnému dňu.
5.	<input type="checkbox"/> Zmena rizikovej skupiny poisteného: Zamestnanie - pracovná činnosť, zamestnávateľ - názov, adresa: _____ Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť: _____			
6.	Pridanie, zmena alebo ukončenie poistení - podľa kódu zmeny *) Žiadam o		výška poistnej sumy	
	<input type="checkbox"/>	Poistenie pre prípad smrti poisteného ¹ (iba kód 2 a 3!)	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie kritických chorôb (9 chorôb) ¹ (okrem kódu 1!)	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie kritických chorôb (19 chorôb) ¹	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie pre prípad smrti poisteného v dôsledku úrazu ¹	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného bez progresie ¹	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného s progresiou	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie hospitalizácie poisteného po úraze - denné odškodné	_____	EUR / deň
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie hospitalizácie v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	_____	EUR / deň
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie práceneschopnosti po úraze - denná náhrada ³	_____	EUR / deň
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie úrazového odškodnenia detí ³	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok (okrem kódu 1 a 2!)	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov	_____	EUR
	<input type="checkbox"/>	Individuálne zdravotné pripoistenie - preventívne vyšetrenie ² (iba kód 1, 4 a 5!)	_____	
	<input type="checkbox"/>	Individuálne zdravotné pripoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam ² (iba kód 1, 4 a 5!)	_____	
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie nepretržitej služby lekára ² (iba kód 4 a 5!)	_____	
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidity ¹ (iba kód 1, 4 a 5!)	_____	
	<input type="checkbox"/>	Pripoistenie invalidity s výplatom dôchodku ²	_____	EUR

¹ Kód zmeny:

- 1 Dojednanie pripoistenia
- 2 Zvýšenie poistnej sumy
- 3 Zníženie poistnej sumy
- 4 Ukončenie pripoistenia dohodou ku koncu zúčtovacieho obdobia
- 5 Ukončenie pripoistenia výpoveďou ku koncu poistného obdobia

7. Ukončenie poistenia

 Žiadam o ukončenie poistnej zmluvy dohodou 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 zvýšenie bežného poisťného je možné požiadať kedykoľvek počas trvania poistenia, o zníženie bežného poisťného až po skončení prvého poisťného roku, v oboch prípadoch minimálne o stanovenú výšku. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Pri znížení poisťného môže poisťovateľ znížiť poisťnú sumu.
2. O zvýšenie poisťnej sumy pre prípad smrti je možné požiadať kedykoľvek, o zníženie poisťnej sumy až po skončení prvého poisťného roku. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Pri zvýšení poisťnej sumy môže poisťovateľ zvýšiť bežné poisťné.
3. Bežné poisťné je možné platiť ročne (1), polročne (2), štvrťročne (4), mesačne (12).
4. Dynamizáciu poistenia je možné zrušiť k výročnému dňu poistenia. Žiadosť je potrebné doručiť najneskôr 4 týždne pred výročným dňom. Po zrušení už nie je možné znovu obnoviť dynamizáciu poisťného.
5. Zmena pracovnej alebo pravidelne vykonávanej záujmovej činnosti poisteného môže mať vplyv na zaradenie poisteného do inej rizikovej skupiny.
6. V príslušných kolónkach sa číslom vyznačí zmena, o ktorú poisťník žiada. Nie je možné mať súčasne dojednané individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok a zároveň pripoistenie chirurgických zákrokov. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Pripoistenie je možné ukončiť aj samostatne, bez zmeny hlavného poistenia, a to buď dohodou ku koncu zúčtovacieho obdobia, alebo výpoveďou ku koncu poisťného obdobia, ktorú je potrebné dať najneskôr 6 týždňov pred jeho uplynutím.

Pre jednotlivé pripoistenia v tomto bode platí:

pre produkt **Život Invest 1M** sú platné iba pripoistenia označené horným indexom "1",
pripoistenia označené horným indexom "2" sú platné iba pre produkt **Život Invest**,
pripoistenia označené horným indexom "3" sú platné iba pre produkt **Program Invest Konto**.

7. Ukončenie poistenia je možné buď dohodou ku dňu, ktorý si stanoví poisťník alebo výpoveďou ku koncu poisťného obdobia. Pri ukončení poistenia dohodou poistenie zanikne dňom uvedeným v tejto žiadosti. Ak je tento dátum starší alebo rovnaký ako dátum doručenia žiadosti poisťovateľovi alebo nie je uvedený žiadny dátum, poistenie zanikne dňom, ktorý nasleduje po doručení žiadosti poisťovateľovi. Toto ustanovenie platí, ak sa poisťovateľ a poisťník v poisťnej zmluve nedohodnú inak. Pri ukončení poistenia výpoveďou je potrebné dať výpoveď najneskôr 6 týždňov pred uplynutím poisťného obdobia.

Vysvetlivky:

- 1) Zúčtovací deň je deň v mesiaci, ktorý sa číslom zhoduje s dňom začiatku poistenia.
- 2) Zúčtovacie obdobie je obdobie medzi dvomi po sebe nasledujúcimi zúčtovacími dňami.
- 3) Poisťné obdobie je časové obdobie dojednané v poisťnej zmluve, za ktoré sa platí bežné poisťné.
- 4) Výročný deň poistenia je každý taký deň počas poisťnej doby, ktorý sa číslom a mesiacom zhoduje so začiatkom poistenia.