

ŽIADOSŤ O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE PRE 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 doručení 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. Zmena adresy trvalého pobytu na korešpondenciu poistníka poisteného
 Nová adresa: _____

2. Zmena mena poistníka poisteného oprávnenej osoby Nové meno: _____

3. Zmena oprávnenej osoby

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel na poistnom plnení
		%
		%

4. Zmena spôsobu platenia poistného na úhradu trvalým príkazom z účtu číslo: _____
 poštovou poukážkou

5. Zmena poistníka na: meno a priezvisko: _____ rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Zmena frekvencie platenia bežného poistného na _____ krát ročne

7. Zmena rizikovej skupiny pre úrazové pripoistenie - uvedie sa zmena pracovného zaradenia alebo záujmovej činnosti
 poistníka: _____
 poisteného: _____

8. Zvýšenie Zníženie bežného poistného na hodnotu _____ EUR

9. Kód ^{*)}

<input type="checkbox"/> Dožitie sa poisteného konca poistnej doby	výška poistnej sumy	
<input type="checkbox"/> Dožitie sa dieťaťa výročného dňa _____	EUR	1 Dojednanie poistného rizika
<input type="checkbox"/> Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) počas poistnej doby	EUR	2 Zvýšenie poistnej sumy
<input type="checkbox"/> Smrť poistníka s výplatom ročného pozostalostného dôchodku	EUR	3 Zníženie poistnej sumy
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (iba kód 2, 3 alebo 4)	EUR	4 Zrušenie poistného rizika
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (19 chorôb)	EUR	
<input type="checkbox"/> Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) v dôsledku úrazu	EUR	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu poisteného	EUR	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu poisteného s progresiou	EUR	
<input type="checkbox"/> Úrazové odškodnenie detí	EUR	
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia po úraze	EUR	
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu s výplatom dennej dávky	EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denná náhrada v prípade práceneschopnosti v dôsledku úrazu	EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denné odškodné v prípade hospitalizácie po úraze	EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denná kompenzácia za hospitalizáciu v dôsledku úrazu alebo choroby	EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Kompenzácia za chirurgický zákrok (iba kód 3 alebo 4)	EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie chirurgických zákrokov	EUR	
<input type="checkbox"/> Bolesť v prípade hospitalizácie po úraze		
<input type="checkbox"/> Uľahčený prístup k odborným vyšetreniam	<input type="checkbox"/> Pripoistenie nepretržitej služby lekára (iba kód 4)	
<input type="checkbox"/> Poskytnutie nadštandardnej nemocničnej izby (iba kód 4)	<input type="checkbox"/> Preventívne vyšetrenie	

10. Zánik poistenia - zrušenie poistnej zmluvy. V prípade vzniku nároku na odkupnú hodnotu poistenia, žiadam túto zaslať na číslo účtu: _____
 Ak nie je uvedené číslo účtu, odkupná hodnota sa zasiela na adresu poistníka.

Iné, resp. prílohy _____

Číslo OP / dokladu totožnosti poisteného (zákonného zástupcu) _____

 podpis poisteného / zákonného zástupcu

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 poistnej zmluve

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

3. Pri zmene oprávnenej osoby musí byť percentuálny súčet rozdelenia poistného plnenia 100%. Napr.:

Zmena oprávnenej osoby:

Meno a priezvisko oprávnenej osoby	Rodné číslo	Podiel na poistnom plnení
Martin Novák		34 %
Ivana Nováková		33 %
Ján Novák		33 %

6. Bežné poistné je možné platiť ročne (1), polročne (2), štvrťročne (4), mesačne (12).

8. alebo 9. V žiadosti o zmenu je možné vyplniť buď požadovanú výšku poistnej sumy alebo výšku požadovaného poistného, nikdy nie oboje naraz. Pri požiadavke o zmenu poistného sa poistné sumy zvyšujú, resp. znižujú v rovnakom pomere.

9. Pri pridávaní nových rizík alebo zvyšovaní poistných súm je jedným z kritérií umožnenia takejto zmeny vyplnenie Dotazníka o zdravotnom stave.

Nie je možné mať súčasne dojednané pripoistenie času nevyhnutného liečenia po úraze a pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu s výplatom dennej dávky.

Nie je možné mať súčasne dojednané individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok a individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov.

Zmenu je možné uskutočniť najskôr k prvému výročnému dňu poistenia. *

Zníženie poistnej sumy je možné najskôr k druhému výročnému dňu a je realizované výlučne vo výročný deň.

* *Výročný deň poistenia je každý taký deň počas poistnej doby, ktorý sa číslom a mesiacom zhoduje s dňom začiatku poistenia.*

Podpisy poistníka a poisteného v tomto tlačive musia byť zhodné s podpismi poistníka a poisteného v poistnej zmluve.