

ŽIADOSŤ O PRERUŠENIE PLATENIA POISTNÉHO PRE INVESTIČNÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

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“).

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.

Žiadam o prerušenie platenia bežného poistného na poistnej zmluve číslo: _____

od najbližšieho dňa splatnosti poistného od dátumu* _____ (* deň v dátume sa musí číselne zhodovať s dňom splatnosti podľa príslušného poistného obdobia)

na dobu _____ mesiacov (pri mesačne platenom poistnom je možné prerušiť platenie poistného na 3 až 12 mesiacov, pri štvrťročne platenom poistnom na 3, 6, 9 alebo 12 mesiacov, pri polročne platenom poistnom na 6 alebo 12 mesiacov, pri ročne platenom poistnom na 12 mesiacov).

V prípade, že požadovaná doba prerušenia platenia poistného nekorešponduje s aktuálnym poistným obdobím na poistnej zmluve, zároveň žiadam o zmenu poistného obdobia platenia bežného poistného na mesačné štvrťročné polročné ročné poistné obdobie.

Dôvod prerušenia: _____

Podmienkou uskutočnenia prerušenia platenia poistného je uhradenie bežného poistného ku dňu prerušenia.

V prípade, že nie je možné prerušiť platenie poistného na požadovanú dobu z dôvodu nízkej hodnoty účtu poistníka, uprednostňujem zniženie poistnej sumy (PS) / zrušenie pripoistenia nasledovne:

zniženie PS na	zrušenie pripoistenia
<small>(ak navrhovaná PS je nižšia ako minimálna PS stanovená poisťovateľom, žiadam o zníženie na minimálnu PS)</small>	
_____ € Hlavné poistenie - pre prípad smrti poisteného	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie kritických chorôb poisteného	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre prípad smrti poisteného v dôsledku úrazu	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného bez progresie	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného s progresiou 350	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre prípad hospitalizácie poisteného po úraze	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie pre prípad hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Individuálne zdravotné pripoistenie - preventívne vyšetrenie	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Individuálne zdravotné pripoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Pripoistenie nepretržitej služby lekára	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidity	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ € Pripoistenie invalidity s výplatom dôchodku	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

- Podmienky prerušenia platenia poistného:**
- Poisťovateľ posúdi túto žiadosť o prerušenie platenia poistného individuálne v závislosti od aktuálnej hodnoty účtu a dojednaného poistného krytia. Vyhradzuje si právo ju zamietnuť alebo upraviť požadovanú dobu prerušenia platenia poistného.
 - Poisťovateľ má právo pri prerušení ako aj pri obnovení platenia poistného upraviť rozsah poistenia podľa poistno-technických kalkulačných zásad, napríklad znížiť poistné sumy, zrušiť pripoistenia alebo zmeniť poistné obdobie platenia poistného. V takom prípade zašle poistníkovi Návrh dodatku k poistnej zmluve.
 - Prerušenie platenia poistného je možné vykonať na vopred stanovenú určitú dobu.
 - Počas doby prerušenia platenia poistného poistník neplatí bežné poistné.
 - Počas doby prerušenia platenia poistného nemá poistník právo na uskutočnenie čiastočného odkupu, na zmenu alokačného pomeru, na prevody peňažných prostriedkov a podielových jednotiek medzi garantovaným účtom poistníka a/alebo medzi jednotlivými finančnými fondmi a ani na žiadne zmeny poistenia, ktoré majú vplyv na výšku poistného alebo poistných súm.
 - Hodnota účtu poistníka sa bude aj počas prerušenia platenia poistného v zmysle poistných podmienok pravidelne znižovať o rizikové poistné, o poplatky za správu poistenia a o poplatky za správu finančných fondov.
 - Prerušenie platenia poistného nemá vplyv na právo na poistné plnenie z dojednaného hlavného poistenia a pripoistení platných počas prerušenia platenia
 - Prerušenie platenia poistného skončí uplynutím doby, na ktorú bolo prerušenie platenia poistného dohodnuté alebo aj skôr na základe písomnej žiadosti poistníka o obnovenie platenia poistného od najbližšej splatnosti poistného.
 - Za vykonanie prerušenia platenia poistného patrí poisťovateľovi poplatok vo výške 5,00 EUR, o ktorý bude znížená hodnota účtu poistníka.
 - V prípade, že počas prerušenia platenia poistného malo byť poistné (alebo jeho časť) v zmysle poistných podmienok alokované do počiatočných jednotiek (alebo s nižšou alokačnou mierou), po obnovení platenia poistného sa bude s alokáciou do počiatočných jednotiek (alebo s nižšou alokačnou mierou) pokračovať s časovým posunom o obdobie neplatenia.
 - Ak bola v poistnej zmluve dojednaná dynamizácia poistenia, počas prerušenia platenia poistného sa nebude poistné zvyšovať a inflačné zvýšenie poistného bude poistníkovi ponúknuté k výročnému dňu poistenia, ktorý nasleduje najskôr dva mesiace po obnovení platenia poistného.

Vyhlasenie poistníka:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil s vyššie uvedenými Podmienkami prerušenia platenia poistného, ktoré budú platné v prípade, že poisťovateľ umožní toto prerušenie.

Súhlasím Nesúhlasím so skrátením požadovanej doby prerušenia platenia poistného o 1 - 2 mesiace v prípade zachovania poistného krytia.

Číslo OP / dokladu totožnosti poistníka: _____ podpis poistníka _____

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

V _____ dňa _____ podpis zástupcu poisťovateľa _____