

ŽIADOSŤ O PRERUŠENIE PLATENIA POISTNÉHO PRE FLEXI PLUS

Priezvisko a meno poistníka: _____	Rodné číslo: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Priezvisko a meno poisteného: _____	Rodné číslo: <input style="width: 100%;" type="text"/>

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 štvrtročne 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 štvrtročné 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 (ak navrhovaná PS je nižšia ako minimálna PS stanovená poisťovateľom, žiadam o zníženie na minimálnu PS)	zrušenie pripoistenia
<input type="checkbox"/> € Hlavné poistenie - poistná suma pre prípad smrti poisteného	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie kritických chorôb poisteného	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad smrti poisteného v dôsledku úrazu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu s progresiou 450 poisteného	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad hospitalizácie poisteného po úraze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad práceneschopnosti poisteného po úraze - denné odškodné	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad práceneschopnosti poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidity	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie smrti poisteného dieťaťa v dôsledku úrazu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu s progresiou 450 poisteného dieťaťa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> € Pripoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného dieťaťa	<input type="checkbox"/>

- Podmienky prerušenia platenia poistného:**
1. 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.
 2. 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.
 3. Prerušenie platenia poistného je možné vykonať na vopred stanovenú určitú dobu.
 4. Počas doby prerušenia platenia poistného poistník neplatí bežné poistné.
 5. Počas doby prerušenia platenia poistného nemá poistník právo na uskutočnenie čiastočného odkupu, na zmenu alokačného pomeru, na prevody peňažných prostriedkov 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.
 6. Hodnota účtu poistníka sa bude aj počas prerušenia platenia poistného v zmysle poistných podmienok pravidelne znižovať o rizikové poistné a o poplatky za správu poistenia.
 7. Prerušenie platenia poistného nemá vplyv na právo na poistné plnenie z dojednaného poistenia a pripoistení platných počas prerušenia platenia poistného.
 8. 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.
 9. Za vykonanie prerušenia platenia poistného patrí poisťovateľovi poplatok vo výške 5,00 EUR, o ktorý bude znížená hodnota účtu poistníka.
 10. V prípade, že počas prerušenia platenia poistného malo byť poistné (alebo jeho časť) v zmysle poistných podmienok alokované s nižšou alokačnou mierou ako 100%, po obnovení platenia poistného sa bude s alokáciou s nižšou alokačnou mierou pokračovať s časovým posunom o obdobie neplatenia, t.j. obdobie, počas ktorého bolo platenie poistného prerušené, sa do doby nižšej alokácie poistného nezapočítava.
 11. Ak bola v poistnej zmluve dojednaná dynamizácia poistenia, počas prerušenia platenia poistného sa nebude poistné zvyšovať a inflačné zvýšenie 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 _____