

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISŤNEJ ZMLUVE PRE
☐ **VLÁČIK**
☐ **VLÁČIK 1M**

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

Priezvisko a meno poistníka: _____	Rodné číslo: _____
Priezvisko a meno poisteného dieťaťa: _____	Rodné číslo: _____
Priezvisko a meno 1. poisteného: _____	Rodné číslo: _____
Priezvisko a meno 2. poisteného: _____	Rodné číslo: _____

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

1. ☐ Zvýšenie	1. ☐ Zníženie	bežného poisťného za hlavné poistenie za poisťné obdobie na hodnotu _____ EUR.
☐ Zvýšenie	☐ Zníženie	bežného poisťného (hlavné a doplnkové poistenia spolu) za poisťné obdobie na hodnotu _____ EUR.
2. ☐ Zmena frekvencie platenia bežného poisťného na _____ krát ročne.		
3. ☐ Dojednanie, zrušenie alebo obnovenie dynamizácie poistenia - podľa kódu zmeny *		* Kód zmeny: 1 Dojednanie dynamizácie
Žiadam o ☐ na poisťné za hlavné poistenie		2 Zrušenie dynamizácie
☐ na hlavné poistenie a doplnkové poistenia		3 Obnovenie dynamizácie
4. ☐ Zmena rizikovej skupiny poisteného dieťa		
1. poistený 2. poistený		
Zamestnanie - pracovná činnosť, zamestnávateľ - názov, adresa: _____		
Zaujmová činnosť / pravidelná športová činnosť: _____		
5. Pridanie, zmena alebo ukončenie poistení - podľa kódu zmeny **		
☐ Pripoistenie kritických chorôb detí	výška poisťnej sumy	** Kód zmeny:
☐ Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného dieťaťa s progresiou 450	_____ EUR	1 Dojednanie doplnkového poistenia
☐ Pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu poisteného dieťaťa - denná dávka	_____ EUR / deň	2 Zvýšenie poisťnej sumy
☐ Pripoistenie hospitalizácie poisteného dieťaťa v dôsledku úrazu alebo choroby	_____ EUR / deň	3 Zníženie poisťnej sumy
☐ Pripoistenie chirurgických zákrokov detí	_____ EUR	4 Ukončenie doplnkového poistenia
☐ Doplnkové poistenie pre prípad smrti 1. poisteného s výplatom poisťnej sumy	_____ EUR	dohodou ku koncu poisťného obdobia
☐ Doplnkové poistenie pre prípad smrti 1. poisteného s vyplácaním pozostalostného dôchodku	_____ EUR	bez zmeny hlavného poistenia
☐ Pripoistenie smrti 1. poisteného v dôsledku úrazu	_____ EUR	5 Ukončenie doplnkového poistenia
☐ Pripoistenie trvalých následkov úrazu 1. poisteného s progresiou 450	_____ EUR	výpoveďou ku koncu poisťného obdobia
☐ Pripoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade priznania invalidity 1. poisteného	_____ EUR	bez zmeny hlavného poistenia
☐ Pripoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade smrti 1. poisteného	_____ EUR	
☐ Doplnkové poistenie pre prípad smrti 2. poisteného s výplatom poisťnej sumy	_____ EUR	
☐ Doplnkové poistenie pre prípad smrti 2. poisteného s vyplácaním pozostalostného dôchodku	_____ EUR	
☐ Pripoistenie smrti 2. poisteného v dôsledku úrazu	_____ EUR	
☐ Pripoistenie trvalých následkov úrazu 2. poisteného s progresiou 450	_____ EUR	
☐ Pripoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade priznania invalidity 2. poisteného	_____ EUR	
☐ Pripoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade smrti 2. poisteného	_____ EUR	
6. Zánik poistenia: ☐ Žiadam o ukončenie poisťnej zmluvy ku dňu _____ ☐ Dávam výpoveď poisťnej zmluvy ku koncu poisťného obdobia.		
V prípade vzniku nároku na odkupnú hodnotu poistenia, žiadam túto zaslať na číslo účtu _____		
Žiadosť o zrušenie musí byť overená na našom kontaktnom mieste, u notára alebo na matrike.		
7. Ste politicky exponovanou osobou***? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte Vaše postavenie: _____		
Iné _____		
Prílohy _____		
Poistník:	číslo OP / dokladu totožnosti: _____	podpis: _____
Poistené dieťa / zákonný zástupca:	číslo OP / dokladu totožnosti: _____	podpis: _____
1. poistený:	číslo OP / dokladu totožnosti: _____	podpis: _____
2. poistený:	číslo OP / dokladu totožnosti: _____	podpis: _____
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 poistného za hlavné poistenie je možné požiadať kedykoľvek počas trvania poistenia. O zníženie bežného poistného je možné požiadať kedykoľvek po skončení prvého poistného roku. Pri znížení poistného za doplnkové poistenia budú zodpovedajúco znížené dojednané poistné sumy doplnkového poistenia. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poistné.

2. Bežné poistné je možné platiť ročne (1), polročne (2), štvrťročne (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.

Dynamizáciu poistenia je možné mať dojednanú buď:

- a) na poistné za hlavné poistenie alebo
- b) na hlavné poistenie a doplnkové poistenia.

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 poistník žiada - podľa zoznamu kódov vpravo. V 1. poistnom roku zmeny nie sú povolené. Dojednať doplnkové poistenie, zmeniť poistnú sumu v doplnkovom poistení alebo ukončiť doplnkové poistenie je možné k začiatku poistného obdobia. Doplnkové poistenia môžu zaniknúť aj samostatne bez zániku hlavného poistenia, a to buď dohodou ku koncu poistného obdobia alebo výpoveďou ku koncu poistného obdobia, ktorú je potrebné dať najneskôr 6 týždňov pred jeho uplynutím.

Doplnkové poistenie pre prípad smrti (1. alebo 2.) poisteného s vyplácaním pozostalostného dôchodku je možné dojednať iba k výročnému dňu poistenia.

Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poistné.

6. Zánik poistenia je možný buď:

- na základe tejto žiadosti ku dňu, ktorý stanoví poistník alebo
- výpoveďou ku koncu poistného obdobia v zmysle ustanovení § 800 Občianskeho zákonníka.

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

Pri ukončení poistenia výpoveďou je potrebné dať výpoveď najneskôr 6 týždňov pred uplynutím poistného obdobia.

7. ***Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zať/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac pozri § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Podpisy poisteného dieťaťa/zákonného zástupcu a poistníka sú vyžadované vždy. Podpisy 1. poisteného a/alebo 2. poisteného sa vyžadujú iba v prípade, že sa žiada o zmenu rizikovej skupiny, resp. nahlásenie zmeny zamestnania alebo pravidelnej záujmovej činnosti 1. poisteného a/alebo 2. poisteného (v bode 4) a/alebo sa žiada o zmenu niektorého doplnkového poistenia 1. poisteného a/alebo 2. poisteného (v bode 5).

Vysvetlivky:

1) *Poistné obdobie* je časové obdobie dojednané v poisťnej zmluve, za ktoré sa platí bežné poistné.

2) *Výročný deň poistenia* je každý taký deň počas poisťnej doby, ktorý sa číslom a mesiacom zhoduje so začiatkom poistenia.