

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISTNEJ ZMLUVE PRE ŽIVOTNÉ POISTENIE

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

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 Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl. č. 383/B (ďalej aj „poisťovateľ“).

1.	☐ Zvýšenie	☐ Zníženie	bežného poistného na hodnotu _____ EUR	
2.	☐ Zmena frekvencie platenia bežného poistného na _____		krát ročne	
3.	Zmena rizikovej skupiny pre úrazové pripoistenie - uvedie sa zmena pracovného zaradenia alebo záujmovej činnosti			
	☐ poistníka: _____			
	☐ poisteného: _____			
4.	Kód zmeny *	výška poisťnej sumy		* Kód zmeny:
	☐ Dožitie sa poisteného konca poisťnej doby	_____ EUR		1 Dojednanie poistného rizika
	☐ Dožitie sa dieťaťa výročného dňa _____	_____ EUR		2 Zvýšenie poisťnej sumy
	☐ Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) počas poisťnej doby	_____ EUR		3 Zníženie poisťnej sumy
	☐ Smrť poistníka s výplatom ročného pozostalostného dôchodku	_____ EUR		4 Zrušenie poistného rizika
	☐ Pripoistenie kritických chorôb (iba kód 2, 3 alebo 4)	_____ EUR		
	☐ Pripoistenie kritických chorôb (19 chorôb)	_____ EUR		
	☐ Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) v dôsledku úrazu	_____ EUR		
	☐ Trvalé následky úrazu poisteného	_____ EUR		
	☐ Trvalé následky úrazu poisteného s progresiou	_____ EUR		
	☐ Úrazové odškodnenie detí	_____ EUR		
	☐ Čas nevyhnutného liečenia po úraze	_____ EUR		
	☐ Čas nevyhnutného liečenia úrazu s výplatom dennej dávky	_____ EUR/deň		
	☐ Denná náhrada v prípade práceneschopnosti v dôsledku úrazu	_____ EUR/deň		
	☐ Denné odškodné v prípade hospitalizácie po úraze	_____ EUR/deň		
	☐ Denná kompenzácia za hospitalizáciu v dôsledku úrazu alebo choroby	_____ EUR/deň		
	☐ Kompenzácia za chirurgický zákrok (iba kód 3 alebo 4)	_____ EUR		
	☐ Pripoistenie chirurgických zákrokov	_____ EUR		
	☐ Bolestné v prípade hospitalizácie po úraze			
	☐ Uľahčený prístup k odborným vyšetreniam (iba kód 4)		☐ Pripoistenie nepretržitej služby lekára (iba kód 4)	
	☐ Poskytnutie nadštandardnej nemocničnej izby (iba kód 4)		☐ Preventívne vyšetrenie (iba kód 4)	
5.	☐ Zánik poistenia - zrušenie poisťnej zmluvy. V prípade vzniku nároku na odkupnú hodnotu poistenia, žiadam túto zaslať na číslo účtu (IBAN): Žiadosť o zrušenie musí byť overená na našom kontaktnom mieste, u notára alebo na matrike.			
6.	Ste politicky exponovanou osobou**? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte Vaše postavenie: _____			

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 60 Bratislava.

Túto žiadosť o zmenu je možné použiť pre produkty: Život / Penzia Plus, Mladosť, Život / Penzia Bonus, Garancia a Garancia Optimum.

1. alebo 4. 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.

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

4. 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 výplatou dennej dávky.

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

6. **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.

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.