

ŽIADOSŤ O ZMENU V POISŤNEJ 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 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 ^{*)}		
☐ Dožitie sa poisteného konca poisťnej doby	výška poisťnej sumy	*) Kód zmeny:
☐ Dožitie sa dieťaťa výročného dňa _____	_____ EUR	1 Dojednanie poisťného rizika
☐ Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) počas poisťnej doby	_____ EUR	2 Zvýšenie poisťnej sumy
☐ Smrť poistníka s výplatom ročného pozostalostného dôchodku	_____ EUR	3 Zníženie poisťnej sumy
☐ Pripoistenie kritických chorôb (iba kód 2, 3 alebo 4)	_____ EUR	4 Zrušenie poisťného rizika
☐ 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	☐ Pripoistenie nepretržitej služby lekára (iba kód 4)	
☐ Poskytnutie nadštandardnej nemocničnej izby (iba kód 4)	☐ Preventívne vyšetrenie	
10. ☐ Zánik poistenia - zrušenie poisťnej 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 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

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

☒ Zmena oprávnenej osoby:

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

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

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

9. Pri pridávaní nových rizík alebo zvyšovaní poisťných 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 poisťnej sumy je možné najskôr k druhému výročnému dňu a je realizované výlučne vo výročný deň.

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

Podpisy poisťníka a poisteného v tomto tlačive musia byť zhodné s podpismi poisťníka a poisteného v poisťnej zmluve.