

Poistovňa

ŽIADOSŤ O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE PRE POISTENIE UNION ISTOTA

Pokyny na vyplnenie tohto tlačiva spolu so zdravotným dotazníkom sú uvedené na druhej a tretej strane.

Priezvisko a meno poistníka:		Rodné číslo:	/
Priezvisko a meno poisteného:		Rodné číslo:	/

Táto žiadosť sa považuje za doručení dňom jej prevzatia na Generálnom riaditeľstve Unionu v Bratislave.

1. ☐ Zmena adresy ☐ na korešpondenciu ☐ poistníka ☐ poisteného ☐ trvalého bydliska ☐ poisteného dieťaťa			
Nová adresa: _____			
2. ☐ Zmena mena/priezviska ☐ poistníka ☐ poisteného ☐ poisteného dieťaťa ☐ oprávnenej osoby			
Nové meno a priezvisko: _____			
3. ☐ Zmena oprávnenej osoby			
Meno a priezvisko oprávnenej osoby alebo vzťah k poistenému		Rodné číslo	Podiel na plnení
			%
			%
			%
			%
4. ☐ Zmena e-mailu Nová e-mailová adresa: _____			
5. ☐ Zmena formy avíza na úhradu poistného			
☐ poštová poukážka			
☐ bez avíza (trvalým príkazom)			
☐ elektronické avízo (podmienkou je vyplnená e-mailová adresa na poisťnej zmluve alebo v bode 4.)			
6. ☐ Zmena poistníka na meno a priezvisko: _____			
rodné číslo: _____ /			
7. ☐ Zmena platenia bežného poistného na ☐ ročné ☐ polročné ☐ štvrťročné ☐ mesačné			
8. ☐ Zmena rizikovej skupiny poisteného			
☐ pracovná činnosť _____			
☐ záujmová činnosť _____ vykonávaná ☐ rekreačne ☐ súťažne			
☐ registrované v oddieli / klube			
9. ☐ Zvýšenie ☐ Zníženie bežného poistného na hodnotu (približne) _____ EUR			
10. Zmena poistného krytia pre poisteného		výška poisťnej sumy	Kód zmeny:
☐ Trvalé následky úrazu	☐ bez progresie	☐ s progresiou 450 _____ EUR	1 Dojednanie rizika
☐ Smrť dôsledku úrazu		_____ EUR	
☐ Denné odškodné počas hospitalizácie v dôsledku úrazu		_____ EUR	2 Zvýšenie poisťnej sumy
☐ Čas nevyhnutného liečenia po úraze		_____ EUR	
☐ Denná náhrada v pre práceneschopnosti v dôsledku úrazu		_____ EUR	3 Zníženie poisťnej sumy
☐ Maximálna ochrana		_____ EUR	
☐ Kompenzácia za chirurgický zákrok		_____ EUR	4 Zrušenie rizika
☐ Výplata bolestného pre prípad hospitalizácie po úraze sa ☐ dojednáva ☐ nedojednáva			

Zmena poistného krytia pre deti - pre všetky deti je nutné dojednať rovnaký balík

počet detí _____

Dieťa	Meno a priezvisko	Rodné číslo	Štátne občianstvo	Trvalé bydlisko
D1				
D2				
D3				

Poistného krytie pre deti - Balíky

Trvalé následky úrazu poisteného s progresiou 450

Smrť poisteného v dôsledku úrazu

Čas nevyhnutného liečenia po úraze

BRONZ	STRIEBRO	ZLATO
3 000,00 EUR	5 500,00 EUR	8 000,00 EUR
500,00 EUR	5 000,00 EUR	500,00 EUR
1 000,00 EUR	2 000,00 EUR	3 000,00 EUR

11. ☐ Žiadam o výpoveď poistenia UNION ISTOTA.

Iné _____

Prílohy _____

V _____ dňa _____

 Číslo OP /
dokladu totožnosti

podpis poistníka

žiadosť prevzal a totožnosť overil:

meno a priezvisko

podpis zástupcu poisťovateľa

podpis poisteného

* V prípade zmeny poistníka je nutné aby žiadosť podpísal nový poistník spolu s poistníkom uvedeným v poistnej zmluve.

POKYNY PRE VYPLNANIE ŽIADOSTI O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE
3. Pri zmene oprávnenej osoby musí byť percentuálny súčet rozdelenia poistného plnenia 100%. Napr.:

☒ Zmena oprávnenej osoby:

Meno a priezvisko oprávnenej osoby alebo vzťah k poistenému	Rodné číslo	Podiel na plnení
Peter Novák	840111/6246	50 %
Martina Nováková	805111/6246	50 %
		%

9. alebo 10. 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.

10. Pri pridávaní nových rizík alebo zvyšovaní poistných súm je jednou z podmienok pre umožnenie takejto zmeny vyplnenie nižšie uvedeného Dotazníka o zdravotnom stave. Zmenu je možné uskutočniť najskôr k prvému výročnému dňu poistenia. Zníženie poistného 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.

Pri zmene poistného krytia sa do políčka pre jednotlivé riziká uvedie kód zmeny, v prípade zvýšenia, zníženia alebo dojednania poistenia aj výška poistnej sumy

Príklad: Pri dojednaní rizika Čas nevyhnutného liečenia sa označí dané riziko číslom 1 a vyplní sa výška

10. Zmena poistného krytia pre poisteného

výška poistnej sumy

Kód zmeny:

☐	Trvalé následky úrazu	☐	bez progresie	☐	s progresiou 450	_____ EUR	☐	1	Dojednanie rizika
☐	Smrť dôsledku úrazu					_____ EUR			
☐	Denné odškodné počas hospitalizácie v dôsledku úrazu					_____ EUR		2	Zvýšenie poistnej sumy
☒	Čas nevyhnutného liečenia po úraze					_____ EUR			
☐	Denná náhrada v pre práceneschopnosti v dôsledku úrazu					1 000 EUR		3	Zníženie poistnej sumy
☐	Maximálna ochrana					_____ EUR			
☐	Kompenzácia za chirurgický zákrok					_____ EUR		4	Zrušenie rizika
	Výplata bolestného pre prípad hospitalizácie po úraze sa	☐	dojednáva	☐	nedojednáva				

Podpisy poistníka a poisteného v tomto tlačive musia byť zhodné s podpismi poistníka a poisteného v poistnej zmluve.

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

1. Máte v súčasnej dobe alebo ste mali v minulosti nejaké zdravotné ťažkosti, prípadne vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekársym dozorom? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, odkedy a prečo?

2. Utrpeli ste niekedy v minulosti úraz, po ktorom u Vás pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poškodenie alebo bolesti kĺbov, svalov, kostí, chrbtice alebo iných orgánov vrátane porušenia ich funkčnosti)? ☐ áno ☐ nie

Uveďte kedy, o aký úraz išlo a popíšte ťažkosti:

Dátum úrazu:	Aký úraz:	Pretrvávajúce ťažkosti alebo následky úrazu:

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÝCH DETÍ

3. Majú v súčasnej dobe alebo mali v minulosti poistené deti nejaké zdravotné ťažkosti, prípadne vyšetrujú ich zdravotný stav alebo sú pod lekársym dozorom? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte ťažkosti, meno a rodné číslo dieťaťa.

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____ /

Kedy (od - do):	Choroba, poruchy, ťažkosti:	Súčasný stav:

4. Utrpelo poistené dieťa niekedy v minulosti úraz, po ktorom u neho pretrvávajú nejaké zdravotné ťažkosti alebo následky (napr. poškodenie alebo bolesti kĺbov, svalov, kostí, chrbtice alebo iných orgánov vrátane porušenia ich funkčnosti)? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte ťažkosti, meno a rodné číslo dieťaťa.

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____ /

Dátum úrazu:	Aký úraz:	Pretrvávajúce ťažkosti alebo následky úrazu:

Týmto vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené odpovede sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu a životných zvykov a zdravotného stavu poistených detí. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o mojom zdravotnom stave a o zdravotnom stave poistených detí (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie alebo zníženie poistného plnenia). Všetkým otázkam som riadne porozumel a zodpovedal ich pravdivo a úplne.

miesto a dátum vyplnenia
dotazníka

podpis poisteného/zákonného
zástupcu poisteného

podpis zákonného
zástupcu poistených detí