

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISŤNEJ ZMLUVE PRE FLEXI LIFE - VARIABILNÝ ŽIVOTNÝ PLÁN

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

Priezvisko a meno poisťníka:	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. <input type="checkbox"/> Zvýšenie <input type="checkbox"/> Zníženie bežného poisťného na hodnotu _____ EUR	4. <input type="checkbox"/> Zrušenie dynamizácie poistenia k výročnému dňu.
2. <input type="checkbox"/> Zvýšenie <input type="checkbox"/> Zníženie poisťnej sumy pre prípad smrti na sumu _____ EUR	
3. <input type="checkbox"/> Zmena frekvencie platenia bežného poisťného na _____ krát ročne.	

5. Zmena rizikovej skupiny poisteného:
 Zamestnanie - pracovná činnosť, zamestnávateľ - názov, adresa: _____
 Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť: _____

6. Pridanie, zmena alebo ukončenie poistení - podľa kódu zmeny *)	výška poisťnej sumy
Žiadam o <input type="checkbox"/> Poistenie pre prípad smrti poisteného (iba kód 2 a 3!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie kritických chorôb (okrem kódu 1!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie kritických chorôb (19 chorôb)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad smrti poisteného v dôsledku úrazu	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného bez progresie	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného s progresiou 350	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad práceneschopnosti poisteného po úraze - denná náhrada	_____ EUR / deň
<input type="checkbox"/> Prípoistenie hospitalizácie v dôsledku úrazu - denné odškodné	_____ EUR / deň
<input type="checkbox"/> Prípoistenie hospitalizácie v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	_____ EUR / deň
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné prípoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok (iba kód 3, 4 a 5!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné prípoistenie - prípoistenie chirurgických zákrokov	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné prípoistenie - preventívne vyšetrenie (iba kód 1!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné prípoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam (iba kód 1!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie nepretržitej služby lekára (iba kód 4 a 5!)	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade priznania invalidity	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie invalidity s výplatom dôchodku	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad smrti poisteného dieťaťa v dôsledku úrazu	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného dieťaťa	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Prípoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného dieťaťa	_____ EUR

*) Kód zmeny:

1 Dojednanie prípoistenia

3 Zníženie poisťnej sumy

2 Zvýšenie poisťnej sumy

4 Ukončenie prípoistenia dohodou ku koncu zúčtovacieho obdobia

5 Ukončenie prípoistenia výpoveďou ku koncu poisťného obdobia

7. Ukončenie poistenia
 Žiadam o ukončenie poisťnej zmluvy dohodou ku dňu _____
 Dávam výpoveď poisťnej zmluvy ku koncu poisťného obdobia.

Iné (napr. číslo účtu, prílohy) _____

 Číslo OP / dokladu totožnosti poisteného _____
_____ podpis poisteného

 Číslo OP / dokladu totožnosti poisťníka _____
_____ podpis poisťníka

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 poisťného je možné požiadať kedykoľvek počas trvania poistenia, o zníženie bežného poisťného až po skončení prvého poisťného roku, v oboch prípadoch minimálne o stanovenú výšku. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Pri znížení poisťného môže poisťovateľ znížiť poisťnú sumu.

2. O zvýšenie poisťnej sumy pre prípad smrti je možné požiadať kedykoľvek, o zníženie poisťnej sumy až po skončení prvého poisťného roku. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné. Pri zvýšení poisťnej sumy môže poisťovateľ zvýšiť bežné poisťné.

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

4. Dynamizáciu poistenia je možné zrušiť k výročnému dňu poistenia. Žiadosť je potrebné doručiť najneskôr 4 týždne pred výročným dňom. Po zrušení už nie je možné znovu obnoviť dynamizáciu poisťného.

5. Zmena pracovnej alebo pravidelne vykonávanej záujmovej činnosti poisteného môže mať vplyv na zaradenie poisteného do inej rizikovej skupiny.

6. V príslušných kolónkach sa číslom vyznačí zmena, o ktorú poisťník žiada.

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

Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poisťné.

Pripoistenie je možné ukončiť aj samostatne, bez zmeny hlavného poistenia, a to buď dohodou ku koncu zúčtovacieho obdobia, alebo výpoveďou ku koncu poisťného obdobia, ktorú je potrebné dať najneskôr 6 týždňov pred jeho uplynutím.

7. Ukončenie poistenia je možné buď:

- dohodou ku dňu, ktorý si stanoví poisťník, alebo

- výpoveďou ku koncu poisťného obdobia.

Pri ukončení poistenia dohodou poistenie zanikne dňom uvedeným v tejto žiadosti. Ak je tento dátum starší alebo rovnaký ako dátum doručenia žiadosti poisťovateľovi alebo nie je uvedený žiadny dátum, poistenie zanikne dňom, ktorý nasleduje po doručení žiadosti poisťovateľovi. Toto ustanovenie platí, ak sa poisťovateľ a poisťník v poisťnej zmluve nedohodnú inak.

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

Vysvetlivky:

1) *Zúčtovací deň* je deň v mesiaci, ktorý sa číslom zhoduje s dňom začiatku poistenia.

2) *Zúčtovacie obdobie* je obdobie medzi dvomi po sebe nasledujúcimi zúčtovacími dňami.

3) *Poisťné obdobie* je časové obdobie dojednané v poisťnej zmluve, za ktoré sa platí bežné poisťné.

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