

**ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISŤNEJ ZMLUVE PRE**
 ŽIVOT INVEST

 ŽIVOT INVEST 1M

 PROGRAM INVEST KONTO

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 doručенú 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
2.	<input type="checkbox"/> Zvýšenie	<input type="checkbox"/> Zníženie	poisťnej sumy pre prípad smrti na hodnotu _____ EUR
3.	<input type="checkbox"/> Zmena frekvencie platenia bežného poisťného na _____	<input type="checkbox"/> Zrušenie dynamizácie poisťovania k výročnému dňu.	krát ročne
5.	<input type="checkbox"/> Zmena rizikovej skupiny poisteného: Zamestnanie - pracovná činnosť, zamestnávateľ - názov, adresa: _____ Záujmová činnosť / pravidelná športová činnosť: _____		
6.	Pridanie, zmena alebo ukončenie poisťení - podľa kódu zmeny *)		výška poisťnej sumy
	Žiadam o	<input type="checkbox"/> Poisťovanie pre prípad smrti poisteného <sup>1</sup> (iba kód 2 a 3!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (9 chorôb) <sup>1</sup> (okrem kódu 1!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (19 chorôb) <sup>1</sup>	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie pre prípad smrti poisteného v dôsledku úrazu <sup>1</sup>	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného bez progresie <sup>1</sup>	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie pre prípad trvalých následkov úrazu poisteného s progresiou	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie pre čas nevyhnutného liečenia úrazu poisteného	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie hospitalizácie po úraze - denné odškodné	_____ EUR / deň
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie hospitalizácie v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	_____ EUR / deň
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie práceneschopnosti po úraze - denná náhrada <sup>3</sup>	_____ EUR / deň
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie úrazového odškodnenia detí <sup>3</sup>	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok (okrem kódu 1 a 2!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - preventívne vyšetrenie <sup>2</sup> (iba kód 1, 4 a 5!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Individuálne zdravotné pripoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam <sup>2</sup> (iba kód 1, 4 a 5!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie nepretržitej služby lekára <sup>2</sup> (iba kód 4 a 5!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie oslobodenia od platenia poisťného v prípade priznania invalidity <sup>1</sup> (iba kód 1, 4 a 5!)	_____ EUR
		<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity s výplatom dôchodku <sup>2</sup>	_____ EUR
<sup>1</sup> Kód zmeny:		3 Zníženie poisťnej sumy	
1 Dojednanie pripoistenia		4 Ukončenie pripoistenia dohodou ku koncu účtovacieho obdobia	
2 Zvýšenie poisťnej sumy		5 Ukončenie pripoistenia výpoveďou ku koncu poisťného obdobia	
7.	Ukončenie poisťovania		
	<input type="checkbox"/> Žiadam o ukončenie poisťnej zmluvy dohodou ku dňu _____ <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Dávam výpoveď poisťnej zmluvy ku koncu poisťného obdobia.</span>		
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 poistného je možné požiadať kedykoľvek počas trvania poistenia, o zníženie bežného poistného až po skončení prvého poistného roku, v oboch prípadoch minimálne o stanovenú výšku. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poistné. Pri znížení poistného môže poisťovateľ znížiť poistnú sumu.

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

3. Bežné poistné 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 poistného.

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 poistník žiada. Nie je možné mať súčasne dojednané individuálne zdravotné pripoistenie - kompenzácia za chirurgický zákrok a zároveň pripoistenie chirurgických zákrokov. Ku dňu vykonania zmeny musí byť uhradené bežné poistné.

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

Pre jednotlivé pripoistenia v tomto bode platí:

pre produkt **Život Invest 1M** sú platné iba pripoistenia označené horným indexom "1",

pripoistenia označené horným indexom "2" sú platné iba pre produkt **Život Invest**,

pripoistenia označené horným indexom "3" sú platné iba pre produkt **Program Invest Konto**.

7. Ukončenie poistenia je možné buď dohodou ku dňu, ktorý si stanoví poistník alebo výpoveďou ku koncu poistného 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 poistník v poisťnej zmluve nedohodnú inak. Pri ukončení poistenia výpoveďou je potrebné dať výpoveď najneskôr 6 týždňov pred uplynutím poistného 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) Poistné obdobie je časové obdobie dojednané v poisťnej zmluve, za ktoré sa platí bežné poistné.

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