

ŽIADOSŤ O PRERUŠENIE PLATENIA POISTNÉHO V POISŤNEJ ZMLUVE PRE
 GRAND DUO LIFE
 UNION DUO LIFE

Priezvisko a meno poistníka: _____

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“).

Vyplnenú žiadosť zašlite na adresu: Union poisťovňa, a.s., odd. oceňovania rizík a správy životného a zdravotného poistenia, Karadžičova 10, 813 60 Bratislava.

Žiadam o prerušenie platenia bežného poistného
 od najbližšieho dňa splatnosti poistného od dátumu: _____ (deň v dátume sa musí číselne zhodovať s dňom splatnosti poistného)

 na dobu mesiacov (pri mesačne platenom poistnom je možné prerušiť platenie poistného na 3 až 12 mesiacov, pri štvrťročne platenom poistnom na 3, 6, 9 alebo 12 mesiacov, pri polročne platenom poistnom na 6 alebo 12 mesiacov, pri ročne platenom

 V prípade, že požadovaná doba prerušenia platenia poistného nekorešponduje s aktuálnym poistným obdobím na poisťnej zmluve, zároveň **žiadam**

 o zmenu poistného obdobia platenia bežného poistného na mesačné štvrťročné polročné ročné **poistné obdobie**.

Dôvod prerušenia:
Podmienkou uskutočnenia prerušenia platenia poistného je uhradenie bežného poistného ku dňu prerušenia.

 V prípade, že nie je možné prerušiť platenie poistného na požadovanú dobu z dôvodu nízkej hodnoty účtu poistníka, uprednostňujem **zníženie poistnej sumy (PS) / zrušenie pripoistenia** (ak je dojednané v poisťnej zmluve) nasledovne:

zníženie PS na

(ak navrhovaná PS je nižšia ako minimálna PS stanovená poisťovateľom, žiadam o zníženie na minimálnu PS)

zrušenie pripoistenia

_____ €	Poistenie pre prípad smrti poisteného - konštantná poistná suma	
_____ €	Poistenie pre prípad smrti poisteného - klesajúca poistná suma	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie kritických chorôb poisteného	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie smrti poisteného v dôsledku úrazu	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného bez progresie	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného s progresiou 450	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie maximálnej ochrany poisteného	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu poisteného - denná dávka	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie práceneschopnosti poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	<input type="checkbox"/>
_____ €	Individuálne zdravotné pripoistenie - pripoistenie chirurgických zákrokov	<input type="checkbox"/>
_____ €	Individuálne zdravotné pripoistenie - uľahčený prístup k odborným vyšetreniam	<input type="checkbox"/>
_____ €	Individuálne zdravotné pripoistenie - preventívne vyšetrenie	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie invalidity s výplatom dôchodku	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidity	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného dieťaťa bez progresie	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie trvalých následkov úrazu poisteného dieťaťa s progresiou 450	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie času nevyhnutného liečenia úrazu poisteného dieťaťa - denná dávka	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie hospitalizácie poisteného dieťaťa v dôsledku úrazu alebo choroby - denná kompenzácia	<input type="checkbox"/>
_____ €	Pripoistenie kritických chorôb poisteného dieťaťa	<input type="checkbox"/>

Vyhlasenie poistníka:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil s Podmienkami prerušenia platenia poistného, uvedenými na strane 2/2 tohto tlačiva, ktoré budú platné v prípade, že poisťovateľ umožní toto prerušenie.

 Súhlasím Nesúhlasím so skrátením požadovanej doby prerušenia platenia poistného o 1 - 2 mesiace v prípade zachovania poistného krytia.

Číslo OP / dokladu totožnosti poistníka: _____

 podpis poistníka

Žiadosť prevzal a totožnosť overil (meno a priezvisko): _____

V _____ dňa _____

 podpis zástupcu poisťovateľa

Podmienky prerušenia platenia poistného:

1. O prerušenie platenia poistného je možné požiadať iba v prípade, že je v poistnej zmluve dojednané investičné životné poistenie.
2. Poisťovateľ posúdi túto žiadosť o prerušenie platenia poistného individuálne v závislosti od aktuálnej hodnoty účtu a dojednaného poistného krytia. Vyhradzuje si právo ju zamietnuť alebo upraviť požadovanú dobu prerušenia platenia poistného.
3. Poisťovateľ má právo pri prerušení ako aj pri obnovení platenia poistného upraviť rozsah poistenia podľa poistno-technických kalkulačných zásad, napríklad znížiť poistné sumy, zrušiť pripoistenia alebo zmeniť poistné obdobie platenia poistného. V takom prípade zašle poistníkovi Návrh dodatku k poistnej zmluve.
4. Prerušenie platenia poistného je možné vykonať na vopred stanovenú určitú dobu.
5. Poistník počas doby prerušenia platenia poistného neplatí bežné poistné.
6. Počas doby prerušenia platenia poistného nemá poistník právo na uskutočnenie čiastočného odkupu (s výnimkou čiastočného odkupu podľa bodu 6.), na zmenu alokačného pomeru, na prevody peňažných prostriedkov a podielových jednotiek medzi garantovaným účtom poistníka a/alebo medzi jednotlivými finančnými fondmi a ani na žiadne zmeny poistenia, ktoré majú vplyv na výšku poistného alebo poistných súm.
7. Hodnota účtu poistníka sa bude aj počas prerušenia platenia poistného v zmysle poistných podmienok pravidelne znižovať o poplatky za správu poistenia a o poplatok za správu finančných fondov. Poistné za poistenie pre prípad smrti a za pripoistenia bude hradené v deň jeho splatnosti formou čiastočného odkupu, za spracovanie ktorého si bude poisťovateľ účtovať poplatok vo výške 0,5 % z hodnoty čiastočného odkupu, minimálne však 1,00 EUR.
8. Prerušenie platenia poistného nemá vplyv na právo na poistné plnenie z dojednaného poistenia a pripoistení platných počas prerušenia platenia poistného.
9. Prerušenie platenia poistného skončí uplynutím doby, na ktorú bolo prerušenie platenia poistného dohodnuté alebo aj skôr na základe písomnej žiadosti poistníka o obnovenie platenia poistného od najbližšej splatnosti poistného.
10. Za vykonanie prerušenia platenia poistného patrí poisťovateľovi poplatok vo výške 5,00 EUR, o ktorý bude znížená hodnota účtu poistníka.
11. V prípade, že počas prerušenia platenia poistného malo byť poistné (alebo jeho časť) v zmysle poistných podmienok alokované s nižšou alokačnou mierou ako 100 %, po obnovení platenia poistného sa bude s alokáciou s nižšou alokačnou mierou pokračovať s časovým posunom o obdobie neplatenia, t.j. obdobie, počas ktorého bolo platenie poistného prerušené, sa do doby nižšej alokácie poistného nezapočítava.
12. Ak bola v poistnej zmluve dojednaná dynamizácia poistenia, počas prerušenia platenia poistného sa nebude poistné a/alebo poistné sumy zvyšovať a inflačné zvýšenie bude poistníkovi ponúknuté k výročnému dňu poistenia, ktorý nasleduje najskôr dva mesiace po obnovení platenia poistného.