

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNÉHO KRYTIA V POISTNEJ 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. Zvýšenie Zníženie bežného poisťného na hodnotu _____ EUR
2. Zmena frekvencie platenia bežného poisťného na _____ krát ročne
3. Zmena rizikovej skupiny pre úrazové pripoistenie - uvedie sa zmena pracovného zaradenia alebo záujmovej činnosti
 - poistníka: _____
 - poisteného: _____
4. Kód zmeny *

	výška poisťnej sumy	
<input type="checkbox"/> Dožitie sa poisteného konca poisťnej doby	_____ EUR	1 Dojednanie poisťného rizika
<input type="checkbox"/> Dožitie sa dieťaťa výročného dňa _____	_____ EUR	2 Zvýšenie poisťnej sumy
<input type="checkbox"/> Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) počas poisťnej doby	_____ EUR	3 Zníženie poisťnej sumy
<input type="checkbox"/> Smrť poistníka s výplatom ročného pozostalostného dôchodku	_____ EUR	4 Zrušenie poisťného rizika
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (iba kód 2, 3 alebo 4)	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie kritických chorôb (19 chorôb)	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Smrť poisteného (v poistení Mladosť poistníka) v dôsledku úrazu	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu poisteného	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu poisteného s progresiou	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Úrazové odškodnenie detí	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia po úraze	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu s výplatom dennej dávky	_____ EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denná náhrada v prípade práceneschopnosti v dôsledku úrazu	_____ EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denné odškodné v prípade hospitalizácie po úraze	_____ EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Denná kompenzácia za hospitalizáciu v dôsledku úrazu alebo choroby	_____ EUR/deň	
<input type="checkbox"/> Kompenzácia za chirurgický zákrok (iba kód 3 alebo 4)	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Pripoistenie chirurgických zákrokov	_____ EUR	
<input type="checkbox"/> Bolestné v prípade hospitalizácie po úraze		
<input type="checkbox"/> Uľahčený prístup k odborným vyšetreniam (iba kód 4)	<input type="checkbox"/> Pripoistenie nepretržitej služby lekára (iba kód 4)	
<input type="checkbox"/> Poskytnutie nadštandardnej nemocničnej izby (iba kód 4)	<input type="checkbox"/> Preventívne vyšetrenie (iba kód 4)	
5. Zánik poistenia - zrušenie poisťnej zmluvy. V prípade vzniku nároku na odkupnú hodnotu poistenia, žiadam túto zaslať na číslo účtu (IBAN):

 Žiadosť o zrušenie musí byť overená na našom kontaktnom mieste, u notára alebo na matrike.
6. Ste politicky exponovanou osobou**? áno nie Ak áno, uveďte Vaše postavenie: _____

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 poistnej 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.

Túto žiadosť o zmenu je možné použiť pre produkty: Život / Penzia Plus, Mladosť, Život / Penzia Bonus, Garancia a Garancia Optimum.

1. alebo 4. 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.

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

4. Pri pridávaní nových rizík alebo zvyšovaní poistných 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.

6. **Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zať/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac pozri § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Zmenu je možné uskutočniť najskôr k prvému výročnému dňu poistenia.

Zníženie poistnej sumy 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.

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