

Příspěvek zaměstnavatele ANO NE

K pojistné smlouvě číslo

Rámcová smlouva

Osobní údaje

1. Pojistník/pojištěný (Oprávněná osoba)

Plátce pojistného

P 1

Identifikační údaje podle:

* Je-li označeno ANO, považuje se pojistník/pojištěný za PEP, tj. za politicky exponovanou osobu ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

Příjmení/Právnícká osoba		Jméno		Titul	
Adresa v ČR/Sídlo/Místo podnikání: ulice, č.p., obec		Obec		PSČ	
Telefon / Mobil		E-mail		@	
Datum narození (den, měsíc, rok)		Rodné číslo/IC		Místo narození/Registrace PO (vč. státu)	
				Státní občanství	
				ČR <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
Typ a číslo průkazu totožnosti		Doba platnosti		Orgán nebo stát, který průkaz totožnosti vydal	
Současné zaměstnání		Primární adresa jiná (vč. státu)		Daňová příslušnost	
				ČR <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
OSVČ		ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Provozujete sport registrovaně ve sport. organizacích/rekreačně? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
				Pokud ano, jaký? V jakých soutěžích/úrovních?	

2. Pojištěný (Oprávněná osoba)

P 2

Příjmení		Jméno		Titul	
Adresa v ČR: ulice, č.p.		Obec		PSČ	
Datum narození (den, měsíc, rok)		Rodné číslo		Místo narození (stát)	
				Státní občanství	
				ČR <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
Současné zaměstnání				PEP* ANO <input type="checkbox"/>	
OSVČ		ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Provozujete sport registrovaně ve sport. organizacích/rekreačně? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
				Pokud ano, jaký? V jakých soutěžích/úrovních?	

Změna platná od:

0 1 2 0 Nejdříve od 1. dne následujícího měsíce po doručení změnového listu.

Změna pojistných částek, tarifů:

	Vyloučení		Změna/Zavedení	Pojistná částka	Kalendářní rok konce pojištění
	P1	P2			
INVESTIČNÍ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pojištění pro případ smrti (hlavní pojištění)		Kč
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Investiční pojištění (pravidelně placené pojistné dle frekvence placení)		Kč
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění		Kč 2 0
ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresivním plněním PROG 6 od %		Kč
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denní odškodné od dne		Kč/den
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění		Kč
ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denní dávka při PN od		Kč/den
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění		Kč
PŘIPOJIŠTĚNÍ INVALIDITY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Výše jednorázové výplaty v případě uznání invalidity		Kč 2 0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stupně s klesající PČ		Kč 2 0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stupně s klesající PČ		Kč 2 0
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění		Kč 2 0
JINÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění		Kč

V případě, že se jedná o zavedení pojištění/připojištění, které nebylo uvedeno v pojistných podmínkách platných v době uzavření pojistné smlouvy, je třeba vyplnit níže uvedené prohlášení.

Poučení: V případě navýšení / zavedení pojistné ochrany P1/P2 je nutné současně dodat zdravotní dotazník vyplněný aktuálními údaji.

POJIŠTĚNÍ DĚTÍ A STUDENTŮ

Příjmení		Jméno		Rodné číslo	
Vyloučení		Změna/Zavedení			
<input type="checkbox"/>	Trvalé následky úrazu s progresivním plněním PROG 6 od 0,5 %	<input type="checkbox"/>		Kč	
<input type="checkbox"/>	Denní odškodné od 8.dne léčení zpětně	<input type="checkbox"/>		Kč/den	
<input type="checkbox"/>	Nemocniční denní dávka	<input type="checkbox"/>		Kč/den	
<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění	<input type="checkbox"/>		Kč	

**POJIŠTĚNÍ DĚTÍ
A STUDENTŮ**

Příjmení	Jméno	Rodné číslo
Vyloučení	Změna/Zavedení	
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresivním plněním PROG 6 od 0,5 %	<input type="checkbox"/>	Kč
<input type="checkbox"/> Denní odškodné od 8.dne léčení zpětně	<input type="checkbox"/>	Kč/den
<input type="checkbox"/> Nemocniční denní dávka	<input type="checkbox"/>	Kč/den
<input type="checkbox"/> Zde uveďte název pojištění/připojištění	<input type="checkbox"/>	Kč

V případě, že se jedná o zavedení pojištění/připojištění, které nebylo uvedeno v pojistných podmínkách platných v době uzavření pojistné smlouvy, je třeba vyplnit níže uvedené prohlášení.

Změna investičního programu:

- pro nově přijaté pojistné
- převést i jednotky ze všech stávajících investičních programů (jednotky lze převést pouze do 1 nového investičního programu)

Označení investičního programu

Označení investičního programu	Podíl investované částky	INVESTPLAN	Počet let
	%		
	%		Následný investiční
	%		Program: Stabílní/Stabíl

Poučení: Součet podílů musí být vždy 100 %. Při neuvedení ani jedné z výše uvedených variant (nově přijaté pojistné, stávající invest. jednotky) nebude změna investičního programu provedena.

Příspěvek zaměstnavatele:

	Název, IČ zaměstnavatele
<input type="checkbox"/> zavedení <input type="checkbox"/> zrušení <input type="checkbox"/> změna	

k datu 0 1 2 0 ve výši Kč a současně zachovat pojistné zvýšit pojistné snížit pojistné

(den, měsíc, rok)

ve prospěch pojištění/připojištění

Poučení: Smlouvy s příspěvkem zaměstnavatele lze platit pouze trvalým příkazem. V případě jiného nastavení smlouvy bude způsob placení automaticky změněn.

Změna způsobu placení:

Změna na:	Změna frekvence placení:
<input type="checkbox"/> trvalý příkaz	Změna na: <input type="checkbox"/> měsíční <input type="checkbox"/> čtvrtletní <input type="checkbox"/> pololetní <input type="checkbox"/> roční
<input type="checkbox"/> inkaso č. účtu	Změnu lze provést pouze k nejbližší následující splatnosti dle nově zvolené frekvence placení pojistného.
<input type="checkbox"/> SIPO	
	k datu 0 1 2 0
	k datu 0 1 2 0
	(den, měsíc, rok)

Změna adresy: korespondenční trvalá

Změna obmyšlených osob: (u dvojice pojištěných se řídí smluvním ujednáním na návrhu)

	podíl v %

Poučení: Uveďte příjmení + jméno + datum narození nebo jen vztah k pojištěnému

Zároveň žádám změnu pojišťovacího zprostředkovatele na níže uvedeného ano. Jiné:

Prohlášení pojistníka/pojištěného:

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a), souhlasím a převzal(a) jsem pojistné podmínky:

Rovněž potvrzuji, že jsem převzal(a) přehled předpokládaných nároků z pojištění (vývoj odkupného), byl(a) seznámen(a) s aktuálními oceňovacími tabulkami úrazového pojištění. Ve smyslu těchto podmínek a smluvních ujednání žádám o uzavření pojištění v rozsahu uvedených pojištění a připojištění. Jednotlivá sjednaná pojištění či připojištění mají samostatný právní režim. Prohlašuji, že jsem na všechny písemné dotazy pojistitele odpověděl(a) pravdivě a úplně. Prohlašuji, že mi byly poskytnuty v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy přesným, jasným a srozumitelným způsobem, písemně a v českém jazyce (i v jiném požadovaném jazyce) informace o pojistném vztahu, a že jsem byl(a) seznámen(a) s obsahem informačního listu pro sjednávání pojištění, které jsem převzal(a) a s obsahem všech souvisejících pojistných podmínek (viz výše), které jsem převzal(a). Prohlašuji, že tento návrh na uzavření pojištění odpovídá mému pojistnému zájmu, mým pojistným potřebám a požadavkům a že všechny mé dotazy, které jsem položil(a) pojistiteli nebo jím pověřenému zástupci, byly náležitě zodpovězeny a že s rozsahem a podmínkami pojištění jsem srozuměn(a). Já pojištěný(á) prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o právu pojistníka na vyplacení odkupného v případě zániku pojistné smlouvy a souhlasím s tím, aby bylo odkupné vyplaceno pojistníkovi, a to i v případě smluvně dojednaného práva pojistníka na výplatu odkupného. Souhlasím s tím, aby pojistitel pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti, pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace, popř. abych pojistitel doložil aktuální výpis z obchodního rejstříku. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a identifikačních údajů. Souhlasím s tím, aby UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé a D.A.S. pojišťovna právní ochrany, a.s., zpracovávaly ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), mé osobní a citlivé údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a §2 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním osobních údajů do jiných států. Rovněž souhlasím, aby pojistitel v případě zjištění relevantních údajů týkajících se mé osoby a pojistné smlouvy v návaznosti na ustanovení mezvládní dohody mezi Českou republikou a Spojenými státy americkými, ustanoveními Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) a související vnitrostátní legislativou, poskytoval orgánům daňové správy požadované informace o pojistné smlouvě.

Souhlasím s tím, že informace obsažené v této smlouvě ohledně státní či daňové příslušnosti, vč. mého DIČ (TIN) mohou být reportovány orgánům daňové správy České republiky a dále vyměňovány s příslušnými orgány daňové správy země, ve které jsem rezidentem pro daňové účely a která je účastníkem Mezinárodní dohody o automatické výměně informací o finančních útech (Common Reporting Standard), a to za účelem stanoveným výše uvedenou mezinárodní dohodou a souvisejícími vnitrostátními předpisy a po dobu nezbytně nutnou pro plnění povinností dle výše uvedených předpisů. Prohlašuji, že všechna prohlášení učiněná v tomto prohlášení jsou pravdivá a úplně. Současně se zavazuji, že v lhůtě 30 dnů od doby, kdy nastane změna okolností, která bude mít vliv na status shora uvedené daňové příslušnosti nebo zapříčiní, že uvedené informace se stanou nesprávnými či neúplnými budu informovat UNIQA pojišťovnu, a.s. a současně UNIQA pojišťovně, a.s. poskytnu nové čestné prohlášení, a to ve lhůtě maximálně 90 dnů do doby, kdy tato změna okolností nastala. Výše uvedené souhlasí mohu kdykoliv odvolat písemnou formou. Jsem výslovně srozuměn(a) s tím, že odvolání souhlasu může mít za následek zánik pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) dostatečně a srozumitelně poučen(a) o svých právech vyplývajících ze zákona a výše uvedených souhlasů dávám po celou dobu trvání závazků plynoucích z tohoto pojištění, a to i pro ta pojištění či připojištění, která budou sjednána dodatečně. Souhlasím s tím, aby mé UNIQA pojišťovna, a.s., a její zprostředkovatelé případně kontaktovali za účelem nabídky produktů a služeb, popřípadě za jiným marketingovým účelem z oblasti pojišťovnictví a bankovníctví, a to také formou e-mailového sdělení nebo telefonického kontaktu. Zmocňuji UNIQA pojišťovnu a.s., k nahlédnutí do úředních, lékařských či jiných podkladů a dokumentů jiných pojištěných v souvislosti s uzavřením pojištění a s vyřizováním pojistných událostí. Tímto zmocněním dotazované instituce zprostředkují povinnosti zachovávat mlčenlivost, a to i na dobu po mé smrti. Souhlasím, aby pojistitel přímo nebo prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení podle potřeby zjišťoval můj zdravotní stav. Prohlašuji, že všechny lékaře a zdravotnická zařízení, kteří mne léčili nebo s nimiž jsem svůj stav konzultoval, zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči UNIQA pojišťovně, a.s. Na základě tohoto prohlášení je zmocňuji k vyhotovení a vydání lékařských zpráv a výpisu ze zdravotní dokumentace.

Podpis pojistníka Podpis pojištěného (je-li odlišný od pojistníka) Podpis pojištěného P2

Osoba oprávněná k uzavření návrhu, identifikaci a kontrole účastníka obchodu
 Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen "zákon č. 253/2008") zaznamenal identifikační údaje pojistníka z výše uvedeného průkazu totožnosti, ověřil shodu jeho podoby s vyobrazením ve výše uvedeném průkazu totožnosti, ověřil správnost a pravdivost vyplněných identifikačních údajů a učinil dotaz na pojistníka, zda je či není politicky exponovanou osobou ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

Zaškrtnutím tohoto pole pojišťovací zprostředkovatel prohlašuje, že v návrhu smlouvy našel údaj o státní nebo daňové příslušnosti k USA (FATCA indicii)