

Příspěvek zaměstnavatele ANO NE

K pojistné smlouvě číslo

Rámcová smlouva

Osobní údaje

1. Pojistník/pojištěný

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	Jméno	Titul
Adresa v ČR: ulice, č.p		Obec
		PSČ
Telefon / Mobil	E-mail	@
Datum narození (den, měsíc, rok)	Rodné číslo	Místo narození
		Státní občanství
Typ a číslo průkazu totožnosti	Doba platnosti	Orgán nebo stát, který průkaz totožnosti vydal
Současné zaměstnání	OSVČ	Provozované sporty - úroveň
	ANO	PEP*
		ANO

2. Pojištěný

P 2

Příjmení	Jméno	Titul
Datum narození (den, měsíc, rok)		Rodné číslo
		Místo narození
		Státní občanství
Současné zaměstnání	OSVČ	Provozované sporty - úroveň
	ANO	

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

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"/>
<input type="checkbox"/>	Denní odškodné od 8.dne léčení zpětně	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nemocniční denní dávka	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zde uveďte název pojištění/připojištění	<input type="checkbox"/>

Příjmení	Jméno	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	Podíl investované částky	INVESTPLAN	Počet let
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Následný investiční
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Program: Stabilní/Stabil

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

- zavedení zrušení změna

k datu 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 frekvence placení:

Změna na:

Změna na: měsíční čtvrtletní pololetní roční

Změnu lze provést pouze k nejbližší následující splatnosti dle nově zvolené frekvence placení pojistného.

trvalý příkaz

inkaso č. účtu

k datu

SIPO

k datu

(den, měsíc, rok)

Změna adresy:

- korespondenční trvalá

Změna obmyšlených osob:

(u dvojice pojištěných se řídí smluvním ujednáním na návrhu)

podíl v %

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Jiné:

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

Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel pro potřeby identifikace účastníka obchodu podle zákona 253/2008 Sb., pořídil fotokopii dokladu totožnosti, na jehož základě byla provedena identifikace. Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti.

Ziskatel Číslo Telefon Podpis pojištěného P1 (je-li odlišný od pojistníka)

Za pojistitele převzal Datum Podpis Podpis pojistníka / pojištěného P1 Podpis pojištěného P2