



Vyplňte vždy [Always complete]

ŽÁDOST / OZNÁMENÍ

APPLICATION / NOTIFICATION

Pojistná smlouva číslo: uzavřená dne:

Insurance policy no.:

taken out on:

Pojistník (ten, kdo s pojistitelem uzavřel výše uvedenou pojistnou smlouvu)

Policyholder (the party which took out the insurance policy specified above with the insurer)

Jméno:

Name:

Příjmení:

Surname:

Datum narození:

Date of birth:

Název:

Corporate name:

IČ:

Company no.:

Adresa bydliště nebo sídla v České republice (korespondenční - ulice, obec, PSČ):

Address of residence or registered office in the Czech Republic (correspondence street, municipality, postal code):

Číslo účtu:

Account no.:

Vyplňte pouze v případě, že s vyřízením žádosti může souviset i vypořádání pojistného.
Only complete if settlement of the premium may relate to carrying out the change.

V případě skupinového pojištění uveďte číslo pojištěného, kterého se týkají požadované změny.

In the case of group insurance please provide the number of the insured person to whom the required changes relate.

Číslo pojištěného:

Number of insured person:

Vyplňte pouze požadované změny [Please fill in the required changes only]

Změna jména/ Názevu: (K provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu)

Change of name/corporate name: (A copy of a document corroborating this change must be submitted)

Pojistník: Jméno: **Příjmení/ Název:**

Policyholder: Name:

Surname/Corporate name:

Pojištěný: Jméno: **Příjmení:**

Beneficiary: Name:

Surname:

Změna adresy:

Change of address:

- Pojistník**
Policyholder
- Pojištěný**
Beneficiary

- Trvalá**
Permanent
- Korespondenční**
Correspondence

Nová adresa: Ulice, č.p.: **Obec - dodací pošta:**

New address: Street, no.:

Municipality - delivery post office:

PSČ: **Telefon:** **E-mail:**

Postal code:

Telephone:

E-mail:

Změna pojistné doby (v případě jednorázového pojistného) / **změna pojistného období** (v případě běžného pojistného):

Change to duration of cover (in case of single premium) / Change to term of insurance (in case of regular premium):

Původní pojistná doba: od do **Nová pojistná doba:** od do

Original duration of cover: from to

New duration of cover: from to

Nové pojistné období:

New term of insurance:

Zánik pojištění:

Dissolution of insurance:

Výpověď:

Cancellation:

- Do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy
Within 2 months of the date the insurance policy was signed
- Do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události
Within 3 months of the date on an announcement of an insurance claim is delivered
- Pojištění s běžným pojistným (doručení do 6 týdnů před uplynutím pojistného období)
Insurance with regular premium (delivery within 6 weeks prior to the expiry of the term of insurance)

Dohoda:

Agreement:

- Před počátkem pojistné doby
Prior to the coverage commencing
- Po počátku pojistné doby
After the coverage has commenced
- Změna pojištění
Change of insurance scheme

Odstoupení od pojistné smlouvy

Repudiation of insurance policy

Důvod zániku pojištění:

Reason for dissolution of insurance:

Jiné změny (změna karenční doby, změna hranice plnění - limit/poj. částka, připojištění - odpojištění apod.):

Other changes: (change of qualifying period, change of benefits limit - limit/sum insured, supplementary insurance - deinsurance and the like)

Vyplňte vždy [Always complete]

Pojistník prohlašuje, že pokud se změny týkají pojištěného, tak ho o změnách informoval a ten se změnou souhlasí.

The policyholder declares that if the changes relate to the beneficiary, he will inform the beneficiary of these changes and the beneficiary will agree to them.

Pojistník si je vědom, že veškeré změny požadované v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojistitele.

The policyholder takes due note of the fact that all the changes requested in this application for a change of insurance policy are subject to approval by the insurer.

Datum [Date]

Podpis pojistníka [Policyholder's signature]

Je-li žádost/oznámení podáno prostřednictvím zprostředkovatele, uveďte následující údaje:

If the application/notification is submitted by means of a broker, please specify the following information:

Zástupce pojistitele - zprostředkovatel:

Insurer's representative - broker:

Jméno:

Name:

Tel.:

Tel.:

Pracoviště:

Workplace:

E-mail:

E-mail:

Adresa:

Address:

Datum převzetí zprostředkovatelem [Date accepted by the broker]

Podpis a otisk razítka zprostředkovatele [Broker's signature and official stamp]

Přílohy (nutno přiložit všechny přílohy potřebné k realizaci změny):

Attachments (all attachments needed to make the change must be submitted):