



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: Příjmení:
 Name: Surname:

Název: Datum narození:
 Corporate name: Date of birth:

Adresa bydliště nebo sídla v České republice (korespondenční - ulice, obec, PSČ): IČ:
 Address of residence or registered office in the Czech Republic (correspondence street, municipality, postal code): Company no.:

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:
 Insured: Name: Surname:

Změna adresy:
 Change of address:

Pojistník Trvalá
 Policyholder Permanent
 Pojištěný Korespondenční
 Insured 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: **Dohoda:** **Odstoupení od pojistné smlouvy**
 Cancellation: Agreement: Repudiation of insurance policy
 Do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy
 Within 2 months of the date the insurance policy was signed
 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)
 Jiná (důvod) Změna pojištění
 Miscellaneous (Reason) Change of insurance scheme

Důvod zániku pojištění:
 Reason for dissolution of insurance:

Jiné změny (změna karenční doby, změna hranice plnění - limit/poj. částka, připojištění - odpojištění, změna obmyšlených osob nebo vinkulace*) apod.):
 Other changes: (change of qualifying period, change of benefits limit - limit/sum insured, supplementary insurance - deinsurance, change of beneficiary or loss payee clause *) and the like)

*) V případě změny obmyšlených osob nebo vinkulace je nutný podpis pojištěného.
 In case of change of beneficiary or loss payee clause must be signed by the insured.

.....
 Podpis pojištěného [Signature of insured]

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 insured, 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: Tel.:
 Name: Tel.:

Pracoviště: E-mail:
 Workplace: 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):