

# Žiadosť o zmenu v poistnej zmluve

Číslo poistky:  Tel. kontakt na poistníka:   
Meno a priezvisko poisteného:  Dátum nar.:   
Meno a priezvisko poistníka:  Dátum nar.:

**Zmena priezviska** Dôvod:  sobáš  rozvod  osvojenie  iné (rozpíšte):

Poistený z:  na:   Poistník z:  na:

(Pozor! Pri zmene priezviska je potrebný pôvodný, aj súčasný vzorový podpis + akýkoľvek doklad potvrdzujúci zmenu priezviska/mena.)

**Zmena adresy zasielania korešpondencie:**

**Zmena poistníka** (Pozor! Je potrebný notársky overený podpis pôvodného aj navrhovaného poistníka.)

Navrhovaný poistník (meno a priezvisko)  Rodné číslo:

Vzťah k poistenému:  Adresa:

**Zmena oprávnených osôb** Vyplňte, prosím, všetky kolonky.

(Pozor! Je potrebný notársky overený podpis poistníka, resp. poisteného aj poistníka, pokiaľ sa jedná o rozdielne, dospelé osoby.)

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Vzťah k poistenému	Podiel na plnení (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prosím, potvrdte jednu z nasledovných možností, ak sú oprávnenými osobami maloletí:

Týmto súhlasím, že v prípade, ak osobou oprávnenou na plnenie je maloletý, poistné plnenie z vyššie uvedených poistení a pripoistení bude vyplatené (vyberte jednu z možností):

v prospech maloletého k rukám zákonného zástupcu

na účet v peňažnom ústave otvorený zákonným zástupcom a vinkulovaný čo do nakladania s plnením do dovŕšenia plnoletosti dieťaťa.

**Úprava poistnej sumy**  zvýšenie (potrebný zdravotný dotazník)  zníženie (max. o 25%) na:  EUR

**Úprava poistného**  zvýšenie (potrebný zdravotný dotazník)  zníženie (max. o 25%) na:  EUR

**Zmena na poistenie so zníženou poistnou sumou**

**Zmena spôsobu platenia a poistného obdobia na:**  ročné  polročné  štvrťročné  mesačné

**Zmena v pripoisteniach**

doplnenie (potrebný zdravotný dotazník)

zrušenie

Konkretizovanie pripoistenia, hlavne pri špeciálnych ponukách.

**Zrušenie zmluvného dojednania o indexácii IND**

**Úplné zrušenie indexácie s odkupom, (prevod dodatkovvej hodnoty indexácie do podielu na výnose)**

**Iné**

**Upozornenie: NEUHRÁDZAJTE V HOTOVOSTI.** Platby súvisiace s poistnou zmluvou uhrádzajte len priamo na účet poisťovateľa IBAN: SK718130000001100010809, SWIFT: CITISKBA prostredníctvom bankového prevodu alebo Poštového peňažného poukazu.

## PREHLÁSENIE

**Dolupodpísané osoby sú si vedomé, že všetky zmeny požadované v tejto žiadosti podliehajú schváleniu poisťovateľom**

V  dňa

Poistený  Poistník

Svedok (finančný agent)  Navrhovaný poistník