

Žiadosť o zmenu v poistnej zmluve

Číslo poistky: Tel. kontakt na poistníka:

E-mail 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 poistníka:

zasielania korešpondencie:

trvalého pobytu:

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

Navrhovaný poistník (meno a priezvisko) Rodné číslo:

Email navrhovaného poistníka:

Vzťah k poistenému: Adresa:

Zmena oprávnených osôb Vyplňte, prosím, všetky kolónky.

(Pozor! Je potrebný notársky osvedčený 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 štvrtročné mesačné

Zmena v pripoisteniach

doplnenie (potrebný zdravotný dotazník)

pripoistenie	variant	sadzba	poistná suma
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Konkretizovanie pripoistenia, hlavne pri špeciálnych ponukách.

Zmena v pripoisteniach zrušenie

Konkretizovanie pripoistenia, hlavne pri špeciálnych ponukách.

 Zrušenie zmluvného dojednania o indexácii IND **Úplné zrušenie indexácie s odkupom (prevod dodatkovej 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.

Elektronická komunikácia. Uvedením e-mailovej adresy v tejto žiadosti poistník/navrhovaný poistník súhlasí s elektronickou komunikáciou s poisťovateľom prostredníctvom vyššie uvedenej e-mailovej adresy alebo e-mailovej adresy neskôr oznámenej poisťovateľovi („e-mailová adresa“). Poisťovateľ je oprávnený používať e-mailovú adresu na elektronickú komunikáciu s poistníkom ako aj na zasielanie oznámení, informácií a dokumentov za účelom správy, zmien a/alebo zániku poistných zmlúv ako aj na ďalšiu komunikáciu týkajúcu sa všetkých poistných zmlúv poistníka uzavretých s poisťovateľom. Povinnosť zaslania akýchkoľvek informácií alebo dokumentov prostredníctvom elektronickej komunikácie je splnená ich odoslaním na e-mailovú adresu. Poisťovateľ nezodpovedá za chybné uvedenie e-mailovej adresy poistníkom/navrhovaným poistníkom, ani nie je povinný overovať jej správnosť. Zmena e-mailovej adresy je považovaná za zmenu kontaktných údajov. Poisťovateľ si vyhradzuje právo naďalej zasielať korešpondenciu alebo jej časť aj napriek tomuto súhlasu s elektronickou komunikáciou poštou alebo prostredníctvom subjektu oprávneného doručovať zásielky. Poistník berie na vedomie, že tento súhlas s elektronickou komunikáciou sa udeľuje po dobu trvania konkrétnej poistnej zmluvy/poistných zmlúv najdlhšie však po dobu vysporiadania práv a povinností z danej poistnej zmluvy/poistných zmlúv. Tento súhlas nie je povinný udeľiť, a v prípade jeho udelenia ho môže kedykoľvek odvolať písomne zaslaním na adresu sídla poisťovateľa alebo elektronicky na e-mailovú adresu poisťovateľa: metlife@metlife.sk. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia poisťovateľovi.

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 _____