

Obchodní firma: ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Právní forma: akciová společnost
Sídlo: Pardubice, Zelené předměstí, Masarykovo náměstí čp. 1458
PSČ: 532 18, Česká republika, IČ: 45534306
zapsána v OR u KS Hradec Králové, oddíl B, vložka 567 (dále jen „pojistitel“)
tel.: 800 100 777, fax: 467 007 444, www.csobpoj.cz

číslo:

Uveďte číslo pojistné smlouvy

Pojistník	Rodné číslo	Průkaz totožnosti OP ☐ ŘP ☐ Pas ☐ platný do:	Místo narození	Státní občanství
	Příjmení	Jméno (a)	Titul	Pohlaví MUŽ ☐ ŽENA ☐
	Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec, stát	Telefon
	Korespondenční adresa: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec	E-mail

Pokud aktuální identifikační údaje mění platné osobní údaje pojistníka, které jsou pojistitelem t.č. evidovány, je jejich uvedení v této žádosti považováno za písemné podání pojistníka o oznámení změny těchto údajů pojistiteli.

Hlavní pojištěný	☐ shodný s pojistníkem	Rodné číslo	Státní občanství	Telefon	E-mail
	Příjmení	Jméno (a)	Titul		
	Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec, stát		

Další pojištěný	☐ odebrání stávající osoby	☐ shodný s pojistníkem	Rodné číslo	Státní občanství	Telefon	E-mail
	Příjmení	Jméno (a)	Titul			
	Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec, stát			

Vyplňte pouze údaje, v nichž navrhuje změnu. Při sjednání nebo změně dalšího pojištění však vyplňte všechny s ním související údaje (např. pojistnou částku, variantu, konec dalšího pojištění).

Základní pojištění – změna pojistné částky pro případ smrti

Pojistná částka

Konec platnosti

☐ změna

S pojistná částka pro případ smrti

Varianta

☐ P (plná)

☐ D (doplňková)

0 0 0 0 Kč

do věku

Pokud pojistník navrhne změnu konce platnosti pojistné částky pro případ smrti vyplněním položky "Konec platnosti - do věku", je nový konec platnosti této pojistné částky shodný s výročním dnem počátku základního pojištění (dále jen "výročí") v roce, v němž tento pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v položce "Konec platnosti - do věku". Pokud pojistník navrhuje změnu konce platnosti pojistné částky pro případ smrti tak, že tento má nastat před da-

			Hlavní pojištěný			Další pojištěný		
			Pojistná částka	do věku	zrušit	Pojistná částka	do věku	zrušit
Další pojištění (rizika)	S-N	Pojištění pro případ smrti				0 0 0 Kč		
	VCH-N	Pojištění pro případ vážné choroby	0 0 0 Kč			0 0 0 Kč		
	IO-IÚ	Pojištění pro případ plné invalidity následkem	nemoci nebo úrazu IO			0 0 0 Kč		
			úrazu IÚ			0 0 0 Kč		
	ZPR	Pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu s opakova- nou výplatou pojistného plnění (tzv. zproštění od placení pojistného)						
	ÚS	Pojištění pro případ smrti následkem úrazu s dvojnásobným plněním při dopravní nehodě	0 0 0 Kč		Riziková skupina	0 0 0 Kč		Riziková skupina
	TN	Pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním s limitem plnění od 1%	0 0 0 Kč			0 0 0 Kč		
	DO	Pojištění pro případ léčení úrazu s limitem plnění od 8. dne zpětně (denní odškodné)	denní odškodné 0 Kč			denní odškodné 0 Kč		
	PN	Pojištění pro případ pracovní neschopnosti následkem nemoci s limitem plnění	15. dne	denní dávka 0 Kč		denní dávka 0 Kč		
			29. dne	denní dávka 0 Kč		denní dávka 0 Kč		
	HO-HÚ	Pojištění pro případ hospitalizace následkem	nemoci nebo úrazu HO			denní dávka 0 Kč		
			úrazu HÚ			denní dávka 0 Kč		

Z dvojic pojištění (IO-IÚ), (HO-HÚ), (PN15-PN29) může být sjednáno pouze jedno z každé této dvojice. Sjednání nového dalšího pojištění: Pokud pojistník navrhuje sjednání kteréhokoliv z dalších pojištění, ujednává se, že v případě přijetí jeho návrhu pojistitelem, je počátek tohoto dalšího pojištění den účinnosti změny pojistné smlouvy stanovený pojistitelem v souladu s čl. 9 odst. 4 části A zvláštních pojistných podmínek (dále jen „ZPP“). Konec dalších pojištění S-N, VCH-N, IO, IÚ a ZPR je v takovém případě ve výročí v roce, v němž pojištěný, pro nějž bylo dané další pojištění sjednáno, dosáhne věku uvedeného pro něj u daného dalšího pojištění v položce „do věku“. Nevyplnil-li pojistník položku „do věku“ pro daného pojištěného u daného dalšího pojištění, a přijme-li pojistitel jeho návrh, ujednává se, že konec tohoto dalšího pojištění je shodný s výročním základním pojištěním v roce, v němž tento pojištěný dosáhne koncového věku stanoveného pro dané další pojištění (viz níže), resp. je shodný s koncem základního pojištění, nastane-li tento dříve. Koncový věk dalších pojištění VCH-N, IO, IÚ a ZPR je stanoven na 65 let, koncový věk S-N na 70 let. Navrhuje-li pojistník sjednání dalších pojištění ÚS, TN, DO, PN, HO, HÚ, je konec těchto pojištění shodný s koncem základního pojištění nebo s výročním základním pojištěním v roce, v němž pojištěný, pro nějž bylo dané další pojištění sjednáno, dosáhne pro ÚS, TN, DO, PN, HO, HÚ 75 let a pro PN 65 let, nastane-li tento den přede dnem konce základního pojištění. **Změna stávajícího dalšího pojištění:** Pokud pojistník navrhuje změnu stávajícího dalšího pojištění, a navrhne-li i změnu konce stávajícího dalšího pojištění vyplněním položky „do věku“ (umožňuje-li formulář návrhu její vyplnění), je nový konec tohoto dalšího pojištění shodný s výročním základním pojištěním v roce, v němž tento pojištěný dosáhne koncového věku uvedeného v položce „do věku“ u tohoto dalšího pojištění. Pokud pojistník navrhuje změnu stávajícího dalšího pojištění a nevyplnil-li položku „do věku“ (umožňuje-li její vyplnění formulář návrhu), má se za to, že nepožaduje změnu konce stávajícího dalšího pojištění a tento zůstává beze změny. **Navrhuje-li pojistník pro daného pojištěného změnu stávajícího pojištění pro případ léčení úrazu s limitem plnění od 8. dne zpětně (denní odškodné) (dále jen "pojištění DO") a přijme-li pojistitel jeho návrh, ujednává se, že nároky z pojištění DO, které vzniknou v důsledku úrazu, který pojištěný utrpí po datu účinnosti této změny, se řídí Oceňovací tabulkou A Plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu z pojištění DO účinnou od 1. 9. 2010 pro pojištění DO sjednaná od 1. 9. 2010.**

odebrat

Pojištěné děti

☐	1.	Rodné číslo	Příjmení	Jméno
☐	2.	Rodné číslo	Příjmení	Jméno
☐	3.	Rodné číslo	Příjmení	Jméno
☐	4.	Rodné číslo	Příjmení	Jméno
☐	5.	Rodné číslo	Příjmení	Jméno

Pojištění dětí

dítě	TN-d		zrušit	DO-d		zrušit	HO-d		zrušit	VCH-d		zrušit
	Pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním s limitem plnění od 1%			Pojištění pro případ léčení úrazu s limitem plnění od 8. dne zpětně (denní odškodné)			Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu			Pojištění pro případ vážné choroby		
	Pojistná částka	Do věku		Denní odškodné	Do věku		Denní dávka	Do věku		Pojistná částka	Do věku	
1.	0 0 0	Kč	☐	0	Kč	☐	0	Kč	☐	0 0 0	Kč	☐
2.	0 0 0	Kč	☐	0	Kč	☐	0	Kč	☐	0 0 0	Kč	☐
3.	0 0 0	Kč	☐	0	Kč	☐	0	Kč	☐	0 0 0	Kč	☐
4.	0 0 0	Kč	☐	0	Kč	☐	0	Kč	☐	0 0 0	Kč	☐
5.	0 0 0	Kč	☐	0	Kč	☐	0	Kč	☐	0 0 0	Kč	☐

Sjednání nového dalšího pojištění: Pokud pojistník navrhuje sjednání kteréhokoliv z dalších pojištění dětí, ujednáva se, že v případě přijetí jeho návrhu pojistitelem je počátkem tohoto dalšího pojištění den účinnosti změny pojistné smlouvy stanovený pojistitelem v souladu s čl. 9 odst. 4 části A ZPP. Nevyplnil-li pojistník položku „do věku“, ujednáva se, že konec daného pojištění je ve výročí základního pojištění v roce, v němž konkrétní pojištěné dítě dosáhne věku 18 let resp. je shodný s koncem základního pojištění, nastane-li tento dříve. **Změna stávajícího dalšího pojištění:** Pokud pojistník navrhuje změnu stávajícího dalšího pojištění a nevyplnil-li položku „do věku“, ujednáva se, že konec dalšího pojištění zůstává beze změny. **Navrhuje-li pojistník pro dané pojištěné dítě změnu stávajícího pojištění pro případ léčení úrazu s limitem plnění od 8. dne zpětně (denní odškodné) (dále jen "pojištění DO") a přijme-li pojistitel jeho návrh, ujednáva se, že nároky z pojištění DO, které vzniknou v důsledku úrazu, který pojištěné dítě utrpí po datu účinnosti této změny, se řídí Oceňovací tabulkou A Plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení tělesného poškození následkem úrazu z pojištění DO účinnou od 1. 9. 2010 pro pojištění DO sjednaná od 1. 9. 2010.**

Změna pojistného období (četnost placení)

Běžné pojistné - pojistné období (četnost placení)
měsíční ☐ čtvrtletní ☐ pololetní ☐ roční ☐

Změna pojistného

☐ ANO ☐ NE

Oddíl „Pojistné“ vyplňte vždy, tj. i v případě, nedochází-li ke změně výše pojistného.

Pojistné

Kč

Dotazy k pojištění – hlavní a další pojištění

Část A

Vyplňte, mění-li se nebo sjednává-li se pojištění.
S S-N VCH-N IO IU ZPR ÚS TN DO PN HO HU
Pro hlavního pojištěného vyplňte i tehdy, je-li navrhováno zvýšení pojistného a v pojistné smlouvě je pojištění ZPR.

1) Uvedte svou tělesnou výšku a tělesnou váhu. V případě výrazné změny váhy za posledních pět let uveďte důvod.

cm

kg

2) Kouříte nebo jste kouřil/a? Pokud odpovíte ANO, uveďte průměrnou denní spotřebu a jak dlouho kouříte či jste kouřil/a, a v případě, že již nekouříte, uveďte jak dlouho.

ANO

NE

3) Jste u některé jiné pojišťovny životně nebo úrazově pojištěn/a? Pokud odpovíte ANO, uveďte její název.

ANO

NE

4) Léčíte (léčil/a jste) se nebo máte (měl/a jste) zdravotní obtíže v souvislosti s úrazem nebo chorobou, jako je například:

a) onemocnění srdce, cév, krve, břišních nebo dýchacích orgánů, vysoký krevní tlak?

ANO

NE

b) cukrovka, porucha metabolismu tuků, psychická porucha, závislost na alkoholu, na hracích automatech, drogová závislost, epilepsie nebo jiné onemocnění mozku?

ANO

NE

c) jakékoliv nádorové onemocnění?

ANO

NE

d) onemocnění smyslových orgánů, pohybového aparátu či jiná choroba výše neuvedená?

ANO

NE

5) Vaše povolání? Uveďte převažující profesi ve svém současném zaměstnání a název zaměstnavatele, nebo obor Vašeho soukromého podnikání.

Vyplňte v části D

6) Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho praktického lékaře:

Vyplňte v části D

7) Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho odborného lékaře/ů (jste-li veden/a ve stálém ošetření):

Vyplňte v části D

8) Byl Vám již přiznán starobní důchod nebo jakýkoliv druh, resp. stupeň invalidity? Odpovíte-li ANO, rozveďte podrobněji.

ANO

NE

9) Jste v současné době v pracovní neschopnosti?

ANO

NE

Část B

Vyplňte, sjednává-li se, mění-li se, nebo je sjednáno některé z pojištění **IO IU ZPR ÚS TN DO HO HU**

10) Provozujete nějaký druh sportu v rámci organizací, jejichž náplní je organizování sportovní, tělovýchovné, soutěžní nebo závodní činnosti, nebo některou z činností ve čtvrté rizikové skupině? Pokud odpovíte ANO, uveďte druh sportu, název organizace, jakých soutěží se zúčastňujete, zda se jedná o nejvyšší republikové nebo zahraniční soutěže a zda máte pro výkon tohoto sportu uzavřenou profesionální smlouvu.

ANO

NE

Hlavní pojištěný

Zaškrtněte správnou odpověď

Pokud odpovíte na některý z dotazů v části A nebo B "ANO", odpovězte podrobněji; v případě nemoci uveďte její druh, způsob léčby a délku trvání

Další pojištěný

Zaškrtněte správnou odpověď

Odpovíte-li v části A nebo B na některý z dotazů ANO, rozveďte v části D odpověď u čísla příslušné otázky.

Dotazy – část C

Část C

Vyplňte, sjednává-li se, mění-li se, nebo je sjednáno některé z pojištění

IO

IU

PN

DO

DO-d

Označte příslušné rozmezí dle svého průměrného měsíčního hrubého příjmu. Jste-li zaměstnancem uveďte svůj průměrný měsíční hrubý příjem ze závislé činnosti a funkčních požitků za posledních 12 měsíců. Jste-li OSVČ, uveďte svůj základ daně z příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti za předchozí zdaňovací období vydělený číslem 12.

Hlavní pojištěný	☐ do 19 999 ☐ 20 000 – 24 999	☐ 25 000 – 29 999 ☐ 30 000 – 34 999	☐ 35 000 – 39 999 ☐ 40 000 – 44 999	☐ 45 000 – 51 999 ☐ 52 000 – 57 999	☐ 58 000 – 64 999 ☐ 65 000 a více
Další pojištěný	☐ do 19 999 ☐ 20 000 – 24 999	☐ 25 000 – 29 999 ☐ 30 000 – 34 999	☐ 35 000 – 39 999 ☐ 40 000 – 44 999	☐ 45 000 – 51 999 ☐ 52 000 – 57 999	☐ 58 000 – 64 999 ☐ 65 000 a více

Dotazy k dalšímu pojištění

Část D

Pokud Další pojištěný odpověděl v části A nebo B na některý s dotazů ANO, je nutné u čísla příslušné otázky vyplnit odpověď:

2.		5.	Povolání
3.		6.	Praktický lékař
4. a)		7.	Odborný lékař
4. b)		8.	
4. c)		9.	
4. d)		10.	

Přijme-li pojistitel návrh pojistníka na výše uvedené změny, jsou tyto změny účinné v souladu s čl. 9 odst. 4 části A ZPP od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel návrh pojistníka na změnu přijal, tj. od data „Účinnosti změny“ uvedeného v písemném potvrzení pojistitele o přijetí změny, přičemž lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění je příslušným ust. ZPP stanovena na 3 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele. Návrh pojistníka na změnu nelze mj.přijmout, pokud pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu nebo by časová lhůta mezi datem doručení návrhu pojistníka na změnu a předpokládaným datem účinnosti změny nevyhověla technickým možnostem pojistitele provést změnu v souladu s ZPP. Za nepřijetí návrhu je považována i ta skutečnost, že pojistitel písemně na tento návrh nereaguje ve stanovené lhůtě.

Prohlášení

Hlavního pojištěného a dalšího pojištěného nebo zákonných zástupců (je-li hlavní a/ nebo další pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné položené dotazy pojistitele uvedené v návrhu této smlouvy a týkající se pojištění jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje včetně údajů o mém zdravotním stavu (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále souhlasím s uzavřením této smlouvy, s jejím obsahem a s rozsahem nároků z ní vyplývajících. Na důkaz svého souhlasu připojuji k této smlouvě svůj podpis. Zároveň ve smyslu zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby si pojistitel dle potřeby vyžadoval veškeré informace o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a opravňuji tímto všechny dotazované lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i o mé smrti (resp. smrti nezletilého), pojistiteli sdělovat. Výslovně souhlasím s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s navrženým pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.

Pojistníka:

„Prohlašuji, že tento návrh na změnu pojistné smlouvy jsem oprávněnému zástupci pojistitele předložil osobně, dle své pravé a svobodné vůle, určitě, vážně a srozumitelně a jsem si vědom jeho obsahu a souhlasím se změnou rozsahu nároků z něj, v případě jeho přijetí pojistitelem, vyplývajících.

Dále prohlašuji, že všechny údaje uvedené v návrhu a týkající se pojištění a pojištěných osob jsou uvedeny pravdivě a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále souhlasím s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s navrženým pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.“

Prohlašuji, že jsem o své osobě pravdivě uvedl identifikační údaje včetně těch, které nebylo možno ověřit z průkazu totožnosti.

Dále prohlašuji, že nyní **jsem / nejsem*** nebo v posledním roce **jsem byl(a) / nebyl(a)*** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů.

V případě kladné odpovědi je politicky exponovaná osoba v postavení

Uveďte zdroj příjmů: a účel obchodu:

*Nehodící se škrtněte

Osoby pověřené převzetím návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy:

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojistníka z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy uveden, a jako oprávněný zástupce pojistitele předložil návrh na změnu pojistné smlouvy dne

2

0

Jméno a příjmení osoby pověřené pojistitelem k převzetí návrhu na změnu pojistné smlouvy:

Podpis pojistníka

Podpis hlavního pojištěného nebo zákonného zástupce, je-li hlavní pojištěný nezletilý (není-li shodný s pojistníkem)

Podpis dalšího pojištěného nebo zákonného zástupce, je-li další pojištěný nezletilý (není-li shodný s pojistníkem)

Podpis osoby pověřené pojistitelem k převzetí návrhu na změnu pojistné smlouvy

Interní sdělení

Přílohy

☐ Lékařská zpráva

☐ Finanční dotazník

☐