

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, DIČ: CZ45534306
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:

zprostředkovatel	Číslo	Osobní číslo	Podíl v %
	5 1 1 5 0 8 4		1 0 0

Pojistník

E-mail:

Rodné číslo	Průkaz totožnosti	OP ☐ RP ☐ Pas ☐ platný do:	Místo narození	Státní občanství	Telefon
	číslo	vydal (orgán/stát):			
Příjmení	Jméno (-a)	Titul	Pohlaví		
			MUŽ ☐ ŽENA ☐		
Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec			
Korespondenční adresa: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec			

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.

Pojištěný

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

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

Změna varianty

☐ A ☐ B ☐ C

Změna četnosti placení pojistného

Běžné pojistné – pojistné období (četnost placení)

měsíční ☐ čtvrtletní ☐ pololetní ☐ roční ☐

Tento formulář nelze použít jako návrh na samostatnou změnu četnosti placení pojistného bez současného navržení další změny pojištění. K tomuto účelu je určen jiný typ formuláře.

Změna dalšího pojištění

☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ S	pojištění pro případ smrti	Varianta
			☐ P (plná) ☐ D (doplňková)
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ VCH-N	pojištění pro případ vážné choroby	
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ IO*	pojištění pro případ plné invalidity následkem nemoci nebo úrazu	
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ IÚ*	pojištění pro případ plné invalidity následkem úrazu	
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ ÚS	pojištění pro případ smrti následkem úrazu	Riziková skupina
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ TN	pojištění pro případ trvalých následků úrazu – limit plnění od 1 %, s progresivním plněním	☐
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ DO	pojištění pro případ léčení úrazu (denní odškodné) – limit plnění od 15. dne	
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ HO**	pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu	Limit plnění od (noci)
			☐ 2. ☐ 5.
☐ sjednání ☐ změna ☐ zrušení	☒ HÚ**	pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu	

Pojistná částka

	0 0 0 0 Kč
	0 0 0 0 Kč
	0 0 0 0 Kč
	0 0 0 0 Kč
	0 0 0 0 Kč
částka DO	0 Kč
denní dávka	0 0 Kč

Pojistné částky pro pojištění dětí pro případ

trvalých následků úrazu – limit plnění od 1 % s progresivním plněním 100 000 Kč
léčení úrazu (denní odškodné) – limit plnění od 15. dne 50 Kč
hospitalizace následkem úrazu – limit plnění od 2. noci 100 Kč

Pokud pojistník navrhuje sjednání kteréhokoliv z dalších pojištění, ujednává se, že v případě přijetí jeho návrhu pojistitelem:
– je počátkem kteréhokoliv z dalších pojištění den účinnosti změny pojistné smlouvy stanovený pojistitelem v souladu s čl. 10 odst. 3 části A Zvláštních pojistných podmínek pro univerzální životní pojištění KZP KOMPLET (dále jen "ZPP") a
– je koncem dalšího pojištění S den určený v pojistné smlouvě jako konec základního pojištění, a koncem kteréhokoliv z dalších pojištění, tj. pojištění VCH-N, IO, IÚ, ÚS, TN, DO, HO, HÚ a PD je den určený v pojistné smlouvě jako konec základního pojištění, nejpozději však výroční den počátku základního pojištění v roce, v němž pojištěný dosáhne 65 let, nastane-li tento před koncem základního pojištění.

*Z pojištění IO a IÚ lze sjednat pouze jedno. **Z pojištění HO a HÚ lze sjednat pouze jedno.

Změna pojistného ☐ ANO ☐ NE

Oddíl „Pojistné“ vyplňte vždy, tj. i v případě, nedochází-li ke změně výše pojistného. Navrhuje-li pojistník současně změnu četnosti placení pojistného, vyplňte tento oddíl v nově navržené četnosti placení.

Pojistné

 Kč

Příjme-li pojistitel návrh pojistníka na výše uvedené změny, jsou tyto změny účinné v souladu s čl. 10 odst. 3 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 pojistiteli. Datem doručení je datum převzetí návrhu pojistníka osobou pověřenou převzetím tohoto návrhu uvedeného v oddíle „Prohlášení“ tohoto návrhu. Návrh pojistníka na změnu nelze mj. přijmout, pokud pojištění bylo převedeno na pojištění ve splaceném stavu nebo u pojištění nastalo dočasné přerušení placení pojistného dle příslušných ustanovení ZPP 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.

Dotazy k pojištěnímu

Část A

Vyplňte, navrhujete-li sjednání nebo změnu některého z pojištění

S

VCH-N

IO

IÚ

ÚS

TN

DO

HO

HÚ

ANO

NE

1) Uveďte 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.

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

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?

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

c) jakékoliv nádorové onemocnění?

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

Pokud odpovíte ANO, uveďte podrobněji: druh nemoci, způsob léčby, délku trvání.

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

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

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

Část B

Vyplňte, navrhujete-li sjednání nebo změnu některého z pojištění

IO

IÚ

ÚS

TN

DO

HO

HÚ

8) 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.

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy a týkající se pojištění jsou pravdivé a úplné. V souladu se zák. 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 zpracovávány, resp. nadále zpracovávány, v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 opětovně řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů a 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 předložením tohoto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy s jeho obsahem a se změnou rozsahu nároků z něj, v případě jeho přijetí pojistitelem, vyplývajících. Zároveň potvrzuji, že trvá zmocnění pojistitele, aby si i nadále dle potřeby vyžadoval veškeré informace o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a opravňuji tímto všechny dotazované lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení tyto informace, a to i o mé smrti (resp. smrti nezletilého), poskytnout sdělovat. Výslovně souhlasím s tím, že pojistitel může údaje získané předložením tohoto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy 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. Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v mnou předloženém návrhu na změnu pojistné smlouvy a týkající se pojištění a pojištěné osoby, jsou uvedeny pravdivé a úplné. V souladu se zák. 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 zpracovávány, resp. nadále zpracovávány, v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem opětovně řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Výslovně souhlasím s tím, že pojistitel může údaje získané z tohoto mnou předloženého návrhu na změnu pojistné smlouvy sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů. V případě, že navrhuji sjednání pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu nebo sjednání pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu a/nebo sjednání úrazového pojištění dětí, prohlašuji, že jsem byl seznámen s rozsahem těch pojištění a pojistnými podmínkami pojistitele platnými pro ta pojištění, jejichž sjednání navrhuji, převzal jsem je a souhlasím s nimi.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

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.

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 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

20

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

Podpis pojistníka

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý)

Podpis osoby pověřené pojistitelem k převzetí návrhu na změnu pojistné smlouvy

Interní sdělení:

Přílohy

☐ Doplnkové pojistné podmínky pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a pro pojištění pro případ hospitalizace následkem úrazu sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění KZP KOMPLET ze dne 1. 12. 2005

☐ Doplnkové pojistné podmínky pro úrazové pojištění dětí sjednané k univerzálnímu životnímu pojištění KZP KOMPLET ze dne 1. 12. 2005

☐ Lékařská zpráva

2/2