

číslo:

Návrh pojistníka na změnu
byl pojistiteli předložen dne

20

zprostředkovatel

Číslo

Osobní číslo

Podíl v %

100

Pojistník

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

Pojištěný

☐ shodný s pojistníkem	Rodné číslo	Státní příslušnost ČR	ANO ☐ NE ☐	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	Varianty
					☐ 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

	0000 Kč
	0000 Kč
	0000 Kč
	0000 Kč
	0000 Kč
	0000 Kč
částka DO	0 Kč
denní dávka	00 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, ujednáva 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 LIFE (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

Pojistné

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.

0000 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.

Zdravotní dotazník – dotazy k pojištěnímu

Vyplňte pravdivě, co nejpodrobněji, úplně a čitelně. Je-li pojištěný nezletilý, vyplňuje jeho zákonný zástupce.

Část A Vyplňte, navrhujete-li sjednání nebo změnu některého z pojištění	Zaškrtněte správnou odpověď	
	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:	Pokud odpovíte ANO, uveďte podrobněji: druh nemoci, způsob léčby, délku trvání.	
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?	☐	☐
5) Vaše povolání? Uveďte převážující 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 ŮS 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 rodinných 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 opravňují tímto všechny dotazované lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení tyto informace, a to i o mé smrti (resp. smrti nezletilého), pojistiteli 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 pravdivě a úplně. 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 rodinných 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.

Osoby pověřené převzetím návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy:

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a o změně a doplnění souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů účastníka návrhu na změnu pojistné smlouvy, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti a jako oprávněný zástupce pojistitele jsem návrh pojistníka na změnu pojistné smlouvy převzal dne

2.0.

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

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

Lékařská zpráva