



žiadosť o zmenu poistnej zmluvy **R3**

číslo poistnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistník

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																	
------------	------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																	
------------	------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zmena mena

Nové meno	Nové priezvisko	<input type="checkbox"/> Poistníka	<input type="checkbox"/> Poisteného
-----------	-----------------	------------------------------------	-------------------------------------

Priložte kópiu dokladu o zmene mena, napr.: občianskeho preukazu, sobášneho listu a pod.

Zmena indexácie

<input type="checkbox"/> Požadujem indexáciu poistného (platí pre všetky tarify) od nasledujúceho výročia poistnej zmluvy	<input type="checkbox"/> Zrušenie indexácie
---	---

Zmena indexácie bude vykonaná k najbližšiemu výročiu po doručení žiadosti do sídla poisťovateľa.

Zmena určených oprávnených osôb

Nové určené oprávnené osoby pre prípad smrti poisteného (platné od dátumu doručenia oznámenia do sídla poisťovateľa) sú:

Priezvisko, meno, titul / Názov firmy	Rodné číslo / IČO	Podiel
		%
		%
		%

Zmena adresy

<input type="checkbox"/> Adresa trvalého bydliska	<input type="checkbox"/> Korešpondenčná adresa	<input type="checkbox"/> Poistníka	<input type="checkbox"/> Poisteného
---	--	------------------------------------	-------------------------------------

Ulica, číslo, Mesto / Obec	PSČ	Telefón
----------------------------	-----	---------

Pri zmene adresy trvalého bydliska priložte kópiu oboch strán občianskeho preukazu.

Oznámenie zmeny rizika (rizikovej skupiny)

Priezvisko	Meno	Rodné číslo																	
------------	------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

K tejto zmene priložte vyplnený **Osobný dotazník**.

Zmena poistníka

Za nového poistníka vyššie uvedenej zmluvy navrhujem:	<input type="checkbox"/> Fyzickú osobu	<input type="checkbox"/> Právnickú osobu	<input type="checkbox"/> SZČO	<input type="checkbox"/> Splnomocnený zástupca
---	--	--	-------------------------------	--

Priezvisko, meno, titul / Názov firmy	Dátum narodenia																		
---------------------------------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné číslo / IČO	Štátna príslušnosť	Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti
-------------------	--------------------	-------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------

Adresa trvalého bydliska / sídla alebo miesta podnikania - Ulica, číslo, Mesto / Obec	PSČ	Telefón
---	-----	---------

Korešpondenčná adresa - Ulica, číslo, Mesto / Obec	PSČ	E-mail
--	-----	--------

V prípade, ak je novým poistníkom Právnická osoba, prosím, priložte kópiu výpisu z príslušného obchodného registra (OR, ŽR ...).

Prílohy

Počet príloh			
--------------	--	--	--

Podpisy

Dátum podpisu	Podpis poistníka (pri zmene mena sa, prosím, podpíšte aj predchádzajúcim podpisom)	Podpis poisteného
Miesto		

Kontrolu vykonal

Zástupca poisťovateľa číslo (na základe splnomocnenia)	Dátum podpisu	Miesto	Podpis zástupcu poisťovateľa	Telefón:
--	---------------	--------	------------------------------	----------

