POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

0000000000Z0021

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Žádost o změnu rozložení kapitálové hodnoty do fondů

Z0021

Pojistník

Číslo pojistné smlouvy/nabídky/návrhu životního pojištění

Příjmení, jméno, titul / obchodní firma: _____ RČ/IČ

Korespondenci zašlete na adresu: _____

Tato adresa slouží pouze k výše uvedenému úkonu, nedochází k automatické opravě adresy sjednané v pojistné smlouvě.

Pozn.: Do kolonky fond vyplňte kód fondu PČS, jinak nebude žádost kladně vyřízena.

☐ 1. Jednorázová žádost o přerozdělení celkové KH v novém poměru rozložení do fondů

Žádám o přerozdělení celkové kapitálové hodnoty v novém poměru rozložení do fondů (jedenkrát v kalendářním roce změna zdarma).

garantovaný fond GB23 _____ % Přerozdělení kapitálové hodnoty nelze provést do garantovaného fondu pro běžné pojistné.

ostatní investiční fondy:

fond _____ % fond _____ % fond _____ % fond _____ %

fond _____ % fond _____ % fond _____ % fond _____ %

Každé další zaúčtování zaplaceného pojistného bude provedeno v původně nastaveném poměru rozložení do jednotlivých fondů.

Pokud je požadovaná změna poměru rozložení do fondů trvalá, je třeba podat žádost o trvalou změnu poměru (formulář Z7008 nebo Z6011), na základě které pojistitel potvrdí změnu vystavením dodatku.

☐ 2. Převod částky v Kč mezi fondy

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu _____ do fondu _____

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu _____ do fondu _____

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu _____ do fondu _____

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu _____ do fondu _____

Částku nelze převést do garantovaného fondu pro běžné pojistné.

Podpis pojistníka: _____

Žádost převzal/a: Příjmení, jméno: _____

(vyplňte hůlkovým písmem)

Žádost se považuje za doručenou dnem doručení na centrálu pojistitele.

Identifikace partnera (HR) Identifikace poradce tel.: _____

Prohlašuji, že identifikační údaje pojistníka byly ověřeny dle průkazu totožnosti č. _____.

(občanský průkaz nebo cestovní pas)

V _____ dne _____ _____

podpis zástupce pojistitele