



Žádost o netechnickou změnu v pojistné smlouvě

Z0007

Číslo pojistné smlouvy _____

Číslo nabídky/návrhu _____

Pojistník

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

Tento formulář slouží výhradně pro netechnické změny, kterými jsou např: změna jména, příjmení, adresy, telefonního čísla pojištěné osoby / pojistníka, změna obmyšlené osoby, změna podmínek zajištění závazku, změna indexace, blokáce výplaty kapitálové hodnoty apod. Formulář lze použít pro změnu zdroje příjmu pojistníka, statusu politicky exponované osoby a statusu daňového rezidenta.

Na ostatní změny je nutné použít formulář Z7008 (pouze pro pojistné smlouvy FLEXI životní pojištění) nebo Z6011 (pro změny do ostatních pojistných smluv).

Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného, a to u produktů FLEXI životní pojištění, FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR), Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST, Investiční životní pojištění FLEXI H-FIX a Soukromé životní pojištění.

Pojištěné osoby Příjmení, jméno, rodné číslo	Druh změny

- Jako pojistník beru na vědomí, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
- Souhlasím s tím, aby pojistitel zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“), osobní údaje pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu.
- Souhlasím, aby pojistitel předával mé osobní údaje, osobní údaje pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., (dále jen „správně osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojistitel, jeho správně osoby a ostatní subjekty používali osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasílání svých obchodních sdělení a nabídky služeb.
- Zmocňuji pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav, zdravotní stav pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zprostředkují příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Jako pojistník prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom/a povinnosti seznámit pojištěné osoby a zákonné zástupce nezletilých pojištěných dětí se změnami v pojistné smlouvě.

Žádost podal/a:

příjmení a jméno pojistníka _____

podpis pojistníka _____

Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny obmyšlené osoby (včetně změny podílů v %) a zajištění závazku žádost podepsaná i pojištěnými osobami / zákonným zástupcem nezletilých pojištěných dětí.

příjmení, jméno a podpis pojištěné osoby _____

příjmení, jméno a podpis zákonného zástupce / vztah k dětem _____

příjmení, jméno a podpis pojištěné osoby _____

příjmení, jméno a podpis zákonného zástupce / vztah k dětem _____

Žádost převzal/a: Příjmení, jméno _____

Žádost se považuje za doručenu dnem doručení na centrálu pojistitele.

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) _____

Identifikace poradce _____

Registrační číslo PPZ u ČNB _____

tel. _____

V _____ dne _____

podpis zástupce pojistitele _____

Upozornění: Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci pojistníka na tiskopise Z1110 (resp. Z1111) v případě změny pojistníka (identifikace nového pojistníka) nebo podání plné moci k zastupování pojistníka (identifikace zmocněnce). Je-li nebo byl-li v posledním roce nový pojistník politicky exponovanou osobou, je nutné ke zmíněným tiskopisům přiložit tiskopis Z0113 Prohlášení pojistníka o politicky exponované osobě.