



## NÁVRH POJISTNÍKA NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY

**Prosím, vyplňte tiskacím písmem, černým kulíčkovým perem.**  
 V případě změny oprávněných/obmyšlených osob, změny počtu připojištěných dětí a změny pojistné ochrany je nutné vždy vyplnit celý příslušný odstavec – včetně údajů, které zůstávají stejné. Příslušný odstavec zcela nahradí odstavec v původním návrhu na uzavření pojistné smlouvy.

Číslo pojistné smlouvy životního pojištění	<input type="text"/>	Jméno a příjmení pojištěného	<input type="text"/>
Číslo pojistné smlouvy úrazového pojištění	<input type="text"/>	Jméno a příjmení pojistníka (plátce pojistného)	<input type="text"/>
		Jméno a příjmení pojištěného	<input type="text"/>
		Jméno a příjmení pojistníka (plátce pojistného)	<input type="text"/>

### 1. NÁVRH NA ZMĚNU K DATU ODBRZENÍ ŽÁDOSTI HLAVNÍ KANCELÁŘÍ

a) Změna jména  ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ  ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Pojištěný

Pojistník (plátce pojistného)

Důvod změny

**K provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzujícího změnu jména!**

b) Změna adresy pro doručování  ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ  ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Nová adresa pojištěného  PSČ

Nová adresa pojistníka (plátce pojistného)  PSČ

c) Změna oprávněné/obmyšlené osoby  ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ  ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

	Jméno a příjmení, adresa trvalého pobytu, místo narození	Datum narození	Vztah k pojištěnému (pouze pro potřeby identifikace obmyšlené os.)	Podíl na plnění (%) – celá procenta
I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**K provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis pojistníka (plátce pojistného) a pojištěného, je-li jiný než pojistník!**

d)  Změna pojistníka (plátce pojistného) u úrazového pojištění  
 K provedení této změny je nutný souhlas (podpis) původního a nového pojistníka (plátce pojistného)!

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného)

Rodné číslo  Státní příslušnost  Datum narození  Vztah k pojištěnému

Adresa trvalého bydliště  PSČ

Adresa pro doručování  PSČ

Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor)

e) Automatické poskytnutí půjčky u životního pojištění  ANO  NE

### 2. NÁVRH NA ZMĚNU K NÁSLEDNĚMU DATU SPLÁTKY NA BĚŽNÉ POJISTNÉ

a) Změna pojistné částky nebo přidání připojištění u úrazového pojištění  
 Vyplňte, prosím, část 4. „Změna obsahu pojistné smlouvy“ a část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“!

b) Přidání připojištění u životního pojištění (vyjma přidání připojištění W a CPA)  
 Vyplňte, prosím, část 4. „Změna obsahu pojistné smlouvy“ a část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“!

c) Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění **Způsob placení pojistného**  běžné ročně  běžné pololetně  běžné čtvrtletně  běžné měsíčně

změna výše příspěvku  odebrání  přidání Výše příspěvku  IČ

Název a adresa společnosti

Pro smlouvu s příspěvkem zaměstnavatele je možná pouze hromadná platba celkového pojistného včetně poměrné části ročního administrativního poplatku zaměstnavatele bankovním převodem s variabilním symbolem 99 + IČ zaměstnavatele nebo 98 + IČ zaměstnavatele, kde 99 nebo 98 značí indikátor zvoleného způsobu zpracování a výměny dat. Platba pojistného za jednotlivého zaměstnance musí obsahovat současně jak podíl zaměstnavatele na platbě pojistného, tak i podíl zaměstnance, je-li takový.

### 3. NÁVRH NA ZMĚNU K VÝROČNÍMU DATU POJISTNÉ SMLOUVY

a)  Změna pojistníka (plátce pojistného) u životního pojištění  Změna zaměstnání u životního pojištění  
 Vyplňte, prosím, část 5. „Informace o zdravotním stavu nového pojistníka (plátce pojistného)“!  
 Vyplňte pouze kolonku ohledně zaměstnání!

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného)

Rodné číslo  Státní příslušnost  Datum narození  Vztah k pojištěnému

Adresa trvalého bydliště  PSČ

Adresa pro doručování  PSČ

Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor)

**K provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis původního pojistníka (plátce pojistného).**

b) Změna způsobu placení splátek na běžné pojistné  ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ  ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ  
 roční  pololetní  čtvrtletní

c) Poskytnutí opce (možnosti) indexace  ANO  NE  
 V případě žádosti o poskytnutí možnosti indexace je potřeba vyplnit část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/přípojištěných dětí“!

d) Změna pojistné doby u životního pojištění  
 V případě prodloužení pojistné doby, vyplňte část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/přípojištěných dětí“!  
 do věku   prodloužení  ponechat původní výši pojistného  
 na dobu   zkrácení  ponechat původní výši pojistné částky

e) Zvýšení pojistné částky u životního pojištění Druh pojištění E  AE  PE  Nová pojistná částka   
 Vyplňte, prosím, část 4. „Změna obsahu pojistné smlouvy“ a část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka (plátce pojistného)/ přípojištěných dětí“!

f) Odebrání pojistných ochran  ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ  ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ  
 Vyplňte, prosím, část 4. „Změna obsahu pojistné smlouvy“.

#### 4. NAVRHOVANÁ ZMĚNA OBSAHU POJISTNÉ SMLOUVY A/NEBO ZMĚNA VÝŠE POJISTNÝCH ČÁSTEK

##### POJIŠTĚNÝ

Úrazové pojištění/přípojištění	Změna výše pojistné částky (uveďte částku)	Přidání pojištění/přípojištění (uveďte částku)	Odebrání pojištění/přípojištění
<input type="checkbox"/> AD Smrt následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PI Trvalá invalidita následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R Rekonvalescence			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB-A Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R-A Rekonvalescence – jen z důvodu úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BBB Zlomeniny a popáleniny			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jiné:			<input type="checkbox"/>

Životní pojištění/přípojištění	Změna výše pojistné částky (uveďte částku)	Přidání pojištění/přípojištění (uveďte částku)	Odebrání pojištění/přípojištění
<input type="checkbox"/> TR Dočasné pojištění pouze pro případ smrti			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DD Pojištění pro případ vážného onemocnění			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W Zproštění od placení pojistného	Přípojištění W a CPA je možné přidat pouze k výročnímu datu pojistné smlouvy. Vyplňte, prosím, část 5. „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka“ a část 3. písmeno a) informace o zaměstnání.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CPA Pojištění ve prospěch dítěte			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CIR Kapitál invest			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jiné:			<input type="checkbox"/>

##### I. PŘIPOJIŠTĚNÁ OSOBA

Jméno a příjmení

Datum narození

Úrazové pojištění/přípojištění	Změna výše pojistné částky (uveďte částku)	Přidání pojištění/přípojištění (uveďte částku)	Odebrání pojištění/přípojištění
<input type="checkbox"/> AD Smrt následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PI Trvalá invalidita následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R Rekonvalescence			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB-A Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R-A Rekonvalescence – jen z důvodu úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BBB Zlomeniny a popáleniny			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jiné:			<input type="checkbox"/>

##### II. PŘIPOJIŠTĚNÁ OSOBA

Jméno a příjmení

Datum narození

Úrazové pojištění/přípojištění	Změna výše pojistné částky (uveďte částku)	Přidání pojištění/přípojištění (uveďte částku)	Odebrání pojištění/přípojištění
<input type="checkbox"/> AD Smrt následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PI Trvalá invalidita následkem úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R Rekonvalescence			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SDB-A Chirurgický zákrok, hospitalizace <input type="checkbox"/> R-A Rekonvalescence – jen z důvodu úrazu			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BBB Zlomeniny a popáleniny			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jiné:			<input type="checkbox"/>

## 5. INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU POJIŠTĚNÉHO/POJISTNÍKA/PŘIPOJIŠTĚNÝCH DĚTÍ

a) **Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře současného a také dřívějšího, pokud ke změně došlo v průběhu posledního roku; dále uveďte kontaktní údaje dalších odborných lékařů, u kterých je pojištěný/pojištník/připojištěné dítě léčen nebo pravidelně sledován (dispenzarizován).**  
Tyto údaje jsou požadovány v souladu s §50 ust. (1) zákona o pojistné smlouvě.

Pojištěný	
Pojištník	

### b) Výška a váha

	Pojištěný	Pojištník	Dítě I	Dítě II	Dítě III
Výška v cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Váha v kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### c) Kolik vykouříte cigaret denně?

Pojištěný	Pojištník	Kouřil(a) jste dříve? Pokud ano uveďte kolik let, kolik průměrně cigaret/den, od kdy nekouříte.	Pojištěný	Pojištník
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

### d) Požíváte alkoholické nápoje?

Pojištěný	Pojištník	Uveďte množství, druh a jak často tj. denně, týdně apod.	Pojištěný	Pojištník
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**POZNÁMKA: Pokud je odpověď na některou z níže uvedených otázek kladná, uveďte, prosím, podrobnosti na místě k tomu označeném!**

	Pojištěný/ Připojištěné děti		Pojištník			Pojištěný/ Připojištěné děti		Pojištník	
	ANO	NE	ANO	NE		ANO	NE	ANO	NE
e) Byla Vám někdy doporučena abstinence nebo jste někdy podstoupil(a) léčbu alkoholové, drogové nebo jakékoliv jiné závislosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Byl(a) jste někdy nemocen(na) nebo trpíte v současné době:					k) Máte některý z uvedených příznaků, jejichž příčina Vám není známa: průjem, zvětšené mízní uzliny, neobvyklé kožní změny, slabost nebo ztrátu váhy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. vysokým krevním tlakem, chorobami srdce nebo cév, revmatickou horečkou, cukrovkou, cévní mozkovou příhodou (mrtvicí) nebo duševními (psychickými, psychiatrickými) chorobami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Podstoupil(a) jste nějakou chirurgickou operaci nebo hospitalizaci (kdy, současný stav)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. rakovinou, plicními chorobami, nervovými (neurologickými) poruchami, chorobami zažívacího traktu, onemocněním krve nebo štítné žlázy, onemocněním ledvin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Utrpěl(a) jste úraz? Pokud ano, uveďte podrobnosti, včetně průběhu léčby a současného stavu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. onemocněním páteře, kloubů, zraku nebo sluchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Týká se žen. Jste nyní těhotná? Pokud ano uveďte týden trvání těhotenství .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. jinými onemocněními?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Trpíte nějakou tělesnou nebo vrozenou vadou, vadou zraku, sluchu? Uveďte počet dioptrií .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Byl(a) jste vyšetřován(a) rentgenem, EKG nebo jinak diagnostikován(a) v posledních dvou letech?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) Má nebo měl někdo z Vašich nejbližších příbuzných cukrovku, vysoký krevní tlak, srdeční chorobu, cévní mozkovou příhodu, rakovinu, duševní (psychickou, psychiatrickou) chorobu nebo jinou dědičnou chorobu, které se projevily před 60. rokem věku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Bez ohledu na tato vyšetření byl(a) jste u lékaře v posledních dvou letech? Uvažujete vyhledat lékařskou pomoc, podrobit se léčbě nebo diagnostickému vyšetření?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Byl Vám někdy přiznán částečný nebo plný invalidní důchod? Uveďte podrobnosti, důvod a odkdy (do kdy) byl tento důchod přiznán.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Máte v současné době nějaké zdravotní potíže nebo jste v současné době na něco léčen(a)? Užíváte trvale nějaké léky? Pokud ano uveďte jaké.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Vyhledal(a) jste někdy lékařské ošetření nebo lékařskou konzultaci v souladu s AIDS nebo s příznaky spojenými s AIDS nebo nemocemi přenášenými pohlavním stykem? Bylo Vám sděleno, že trpíte AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

	Pojištěný		Pojištník			Pojištěný		Pojištník	
	ANO	NE	ANO	NE		ANO	NE	ANO	NE
a) Zamýšlíte žít v zahraničí, účastnit se nebezpečných činností nebo létat jinak než jako cestující leteckých společností?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Je v současné době podán u jiné pojišťovny jakýkoli Váš návrh na uzavření životního pojištění a/nebo úrazového pojištění? Prosím uveďte datum a společnost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Účastníte se aktivně organizovaných sportů? Uveďte druh sportu a jakým způsobem (rekreačně, registrované, profesionálně)? Uveďte označení soutěže.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Byl někdy Váš návrh na uzavření životního pojištění odložen, odmítnut nebo přijat se zvláštními podmínkami? Prosím uveďte datum a společnost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Provozujete některou z uvedených aktivit: parašutismus, závěsné létání (rogalo, apod.), kanoistiku, závody na motocyklech, horolezectví, potápění, létání (pilot), nebo jakoukoliv činnost s možností vyššího rizika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Máte uzavřenou pojistnou smlouvu s AMCICO AIG Life nebo s jinou pojišťovnou? Uveďte název společnosti, typ pojištění a pojistnou částku. Pro AMCICO AIG Life uveďte i číslo pojistné smlouvy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uveďte, prosím, podrobné informace týkající se všech kladných odpovědí, trvání nemoci, závěrů lékařů, adresy zdravotnických zařízení, kde a kdy (rok) jste se léčil(a), jména a adresy Vašich současných lékařů:

**DŮLEŽITÉ:** Neuvedení všech známých a podstatných skutečností pojištěným i pojištníkem bude mít za následek, že pojistitel bude mít právo od pojistné smlouvy odstoupit, anebo odmítnout pojistné plnění. Podstatné skutečnosti jsou takové, které mohou mít vliv na rozhodnutí o přijetí tohoto návrhu. Pokud máte pochybnosti, zda se v daném případě jedná o podstatnou skutečnost, uveďte tyto pochybnosti výše.

## 6. PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tím, že veškeré údaje v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy jsem uvedl(a) pravdivě a úplně podle svých nejlepších vědomostí. S výjimkou chorob uvedených v části 5. jsem zdrav(a). Souhlasím s tím, že jakékoli prohlášení učiněné v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy, včetně jakýchkoli dalších prohlášení adresovaných písemně pojistiteli nebo lékaři pojistitele, který provádí vyšetření, tvoří součást pojistné smlouvy mezi mnou a pojistitelem. Beru na vědomí, že změna pojistné smlouvy se stane platnou po schválení tohoto návrhu na změnu pojistné smlouvy pojistitelem s podmínkou, že jsem do té doby nezměnil(a) zaměstnání nebo se nezměnil jiné skutečnosti v tomto návrhu na změnu pojistné smlouvy uvedené. Beru na vědomí, že pro případ zrušení návrhu na změnu pojistné smlouvy z mé strany všechny do té doby vzniklé náklady související s oceňováním pojistného rizika, tj. náklady na lékařské zprávy a lékařská vyšetření, přebírám v plném rozsahu.

Souhlasím s tím, aby PRVNÍ AMERICCKO-ČESKÁ POJIŠTOVNA, a.s., se sídlem Millennium Plaza, V Celnici 1028/10, Praha 1, zpracovávala mé osobní údaje a údaje o zdravotním stavu v rámci činnosti v pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (jméno, příjmení, adresa) byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných finančních služeb za účelem nabídky jejich produktů a asociacím těchto subjektů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu do jiných států zajištitelům pojistitele a v rámci finanční skupiny AIG, Inc. Poskytnuté údaje bude zpracovávat pouze zpracovatel registrovaný Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování mých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. V případě, že odvolám svůj souhlas se zpracováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu, beru na vědomí, že takové odvolání bude mít za následek zánik pojištění pro nemožnost plnění ze strany pojistitele. Jako zájemce o pojištění/pojištník podpisem tohoto návrhu na změnu pojistné smlouvy dávám pojistiteli souhlas se zpracováním svých údajů o zdravotním stavu, které pojistitel získal v souvislosti s mým návrhem na změnu v pojistné smlouvě, i když k provedení změny v pojistné smlouvě nedojde. Tento souhlas s vědomím jeho odvolatelnosti a důsledků z tohoto plynoucích dávám pojistiteli ve smyslu ust. § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, na dobu 10 let, a to za účelem archivace a pozdějšího zpracování.

Beru na vědomí, že pojistitel neposkytuje hypoteční úvěry a/nebo spotřebitelské úvěry a nezajišťuje poskytnutí těchto úvěrů jinými osobami. Jakýkoli příslib nebo závazek obchodního zástupce pojistitele učiněný v souvislosti s příslibem poskytnutí či zprostředkování hypotečního úvěru a/nebo spotřebitelského úvěru jménem PRVNÍ AMERICCKO-ČESKÉ POJIŠTOVNY, a.s. je překročením pravomoci obchodního zástupce a z tohoto důvodu je neplatný a pojistitel nezodpovídá za škodu, která by mohla být důsledkem takového příslibu nebo závazku. Nic však pojistníkovi/pojištěnému nebrání v tom, aby své nároky či pohledávky z uzavřené pojistné smlouvy životního pojištění využil v souladu s českým právem k zajištění svých závazků, včetně hypotečních nebo spotřebitelských úvěrů, které mu poskytnou k tomu oprávněné osoby. Prohlašuji, že mi byly sděleny informace podle § 66, odst. 2, zákona č. 37/2004 Sb.

**TÍMTO PODPISEM POTVRZUJI SVŮJ SOUHLAS SE VŠEMI ÚDAJI VE VŠECH ČÁSTECH TOTOHO NÁVRHU NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY UVEDENÝCH V ČÁSTI 1 až 6. BERU NA VĚDOMÍ, ŽE PLATBY SOUVISEJÍCÍ S TÍMTO NÁVRHEM NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY NENÍ MOŽNÉ PLATIT POJIŠTOVACÍM ZPŘOSTŘEDKOVATELI ČI JINÝM PRAKTOVNICÍM OBCHODNÍHO ZASTOUPENÍ POJIŠTOVNY (AGENTURA, KANCELÁŘ) V HOTOVOSTI.**

Tímto oprávnuji každého lékaře, nemocnici, pojišťovací společnost nebo osobu, která disponuje informacemi o pojišťovaných osobách a jejich zdravotním stavu, k poskytnutí veškerých informací, které by jakýmkoliv způsobem mohly sloužit k určení pojistného rizika a k posouzení pojistné události. Kopie tohoto oprávnění má stejnou platnost jako originál a oprávnění k vyžádání si zdravotních údajů nezaniká smrtí pojištěného. Pokud nejsou údaje o pojištěných osobách v tomto návrhu na změnu v pojistné smlouvě napsány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a jsou pravdivé.

Podepsáno v  dne

Pojištník (Uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)

Nový pojistník – v případě změny pojistníka (Uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)

Pojištěný (zákonný zástupce)  Svědek/pojišťovací zprostředkovatel