Amcico pojišťovna a.s.
V Celnici 1028/10 | 117 21 | Praha 1
T +420 227 111 111 | F +420 227 111 777
IČ 45794944 | zapsána v OR vedeném MS v Praze
oddíl B | vložka 1653 | www.amcico.cz

NÁVRH POJISTNÍKA NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY

Prosím, vyplňte tiskacím písmem, černým kuličkovým perem.

Číslo pojistné smlouvy

Jméno a příjmení pojistníka (plátce pojistného)

Tel. kontakt na pojistníka | E-mail pojistníka

☐ **1. Změna jména** (k provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu jména!)

Pojištěný

Pojistník (plátce pojistného)

☐ **2. Změna adresy pro doručování**

Nová adresa | PSČ

☐ **3. Změna oprávněné/obmyšlené osoby** (k provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis pojistníka (plátce pojistného) a pojištěného, je-li jiný než pojistník!)

	Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k pojištěnému (pouze pro potřeby identifikace obmyšlené os.)	Podíl plnění (%) – celá procenta
I				
II				
III				
IV				

☐ **4. Poskytnutí/ukončení doložky o indexaci** ☐ poskytnout ☐ ukončit (pozastavit)

☐ **5. Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění** Způsob (frekvence) placení pojistného ☐ ročně ☐ pololetně ☐ čtvrtletně ☐ měsíčně

☐ odebrání ☐ přidání ☐ změna výše příspěvku výše příspěvku | IČ

Název a adresa společnosti, kontaktní osoba, telefon, email

☐ **6.** ☐ **Změna pojistníka (plátce pojistného)** - k provedení této změny je nutný úředně ověřený podpis původního pojistníka (plátce pojistného)
V případě životního pojištění vyplňte, prosím i formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“ nového pojistníka.

☐ **Změna zaměstnání** (obor, náplň činnosti)
Vyplňte pouze kolonku ohledně zaměstnání!

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného)

Rodné číslo | Státní příslušnost | Datum narození | Vztah k pojištěnému

Adresa pro doručování | PSČ

Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor)

☐ **7. Změna způsobu (frekvence) placení splátek na běžné pojistné** ☐ roční ☐ pololetní ☐ čtvrtetní ☐ měsíční

☐ **8. Změna pojistné doby u životního pojištění**
V případě prodloužení pojistné doby či zvýšení pojistné ochrany vyplňte také formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/pojištěných dětí“ a uveďte Váš hrubý roční příjem!

na let | do věku let | hrubý roční příjem Kč

☐ **9. Změna pojistné částky u základního životního pojištění** ☐ zvýšení (je třeba zdravotní dotazník) ☐ snížení na Kč

☐ **10. Změna v připojištěních** ☐ přidání pojistné ochrany (je třeba zdravotní dotazník) ☐ odebrání pojistné ochrany

☐ **11. Jiné**

PROHLÁŠENÍ

Níže podepsané osoby jsou si vědomy, že veškeré změny požadované v tomto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojistitele. V případě, že se změna pojistné smlouvy týká úpravy pojistného, je schválení změny pojistné smlouvy podmíněno zaplacením příslušného pojistného. Schválením pojistitele se tento návrh stává součástí pojistné smlouvy.

Podepsáno v | **dne**

Pojistník
(uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)

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

Pojištěný (zákonný zástupce) | **Svědek/pojišťovací zprostředkovatel**

0212094A0490110