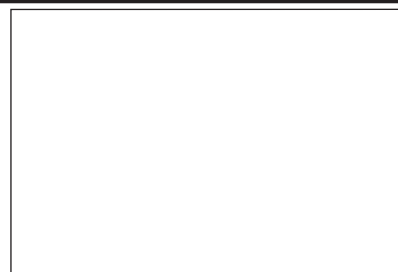




Univerzální žádanka – životní pojištění

RČ/IČ pojistníka

ZAD-U Verze 03

Druh Číslo pojistné smlouvy Agentura ČP/správy Změnu proveďte k datu splatnosti¹⁾

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“) a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Litevská 1174/8, 100 00 Praha 10, Česká republika, IČ: 49240749, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 2044 (dále jen „ČPZ“)

Žadatel pojistník pojištěný osoba žádající o pojistné plnění²⁾ Příjmení/Název firmy Jméno Titul Rodné číslo/IČ Ulice (místo) Č.p. Obec (pošta) PSČ Telefon E-mail **Změna osobních údajů** **Změna jména³⁾** pojistníka pojištěného pojištěného dítěte Příjmení/Název firmy Jméno Titul **Změna adresy/sídla firmy³⁾** Ulice (místo) Č.p. Obec (pošta) PSČ **Změna rodného čísla/IČ na:** Rodné číslo/IČ **Změna oprávněné⁴⁾/obmyšlené⁵⁾ osoby³⁾**

Při smrti pojištěného má právo na plnění (jméno a datum narození nebo vztah k pojištěnému – „manžel“, „manželka“, „dětí“, „rodiče“, „sourozenci“)

Souhlasím se změnou oprávněné osoby ANO NE

Podpis pojištěného

Změny v pojištění Nová pojistná částka³⁾ Kč slovy: Dynamické pojištění odmítnout zavést zrušit změnit koeficient na **Změna v úrazovém pojištění³⁾** povolení násobku rizikové skupiny VRČ DNL (%) DNL-D připojištění progres. plnění upřesněte:

Změna v soukromém zdravotním pojištění¹⁾/změna v pojištění pro případ nemoci²⁾ povolání pracovní neschopnost hospitalizace stomatologie upřesněte: Nová frekvence placení³⁾ Pojistník bude toto pojištění platit měsíčně čtvrtletně pololetně ročně Nová forma placení: Běžné pojištění bude placeno souhlasem k inkasu souhlasem k inkasu ze spořizir. účtu trvalým příkazem Předčíslí a číslo účtu Specifický symbol spořizir. účtu Název banky Kód banky Běžné pojištění bude placeno přes SIPO Spojovací číslo SIPO složenkou Žádám o zproštění od placení pojistného³⁾ (přiložte kopii rozhodnutí České správy soc. zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu)Žádost o opis pojistné smlouvy Poplatek byl uhrazen dne Žádost o sdělení výše odbytného⁴⁾/odkupného⁵⁾ Žádost o zrušení pojistné smlouvy upřesněte: Pojistné plnění, případně jiný závazek ze strany České pojišťovny zašlete: na adresu Příjmení Jméno Ulice (místo) Č.p. Obec (pošta) PSČ na účet Předčíslí a číslo účtu Specifický symbol spořizir. účtu Název banky Kód banky Vinkulace Banka Neurčený subjekt Kód banky Přílohy: Jiné: (uveďte prosím Váš požadavek) V dne Podpis žadatele

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího agenta, zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci/zaměstnance České pojišťovny a.s.*

Číslo OP ¹⁾ změna bude provedena k datu, kdy ji pojistitel zaznamená do provozního systému, nejdříve však k tomuto žadatelem uvedenému datu²⁾ Žadatel souhlasí s tím, že jeho osobní údaje bude pojistitel zpracovávat ručně i automatizovaně prostřednictvím svých zaměstnanců a dále zpracovatelů, se kterými uzavře smlouvy o zpracování osobních údajů za podmínek zákona o ochraně osobních údajů, zákona o pojišťovnictví a zákona o pojistné smlouvě.³⁾ **Upozornění:** Na základě změn označených „³⁾“ bude vyhotoven dodatek PS. Ostatní změny, které budou pojistitelem akceptovatelné, budou provedeny na základě této, Vámi podepsané žádanky.⁴⁾ termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 12. 2004⁵⁾ termín platný pro pojistné smlouvy sjednané po 1. 1. 2005Číslo pojistné smlouvy Datum uzavření pojistné smlouvy