

Změny k úrazovému pojištění číslo



| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> změna osobních údajů oslovení <input type="checkbox"/> pan <input type="checkbox"/> paní <input type="checkbox"/> firma | titul, jméno, příjmení | datum narození | rodné číslo (popř. IČ) | |
| | státní příslušnost | Druh činnosti / pracovní náplň | | |
| | ulice a číslo domu | obec | PSC | |
| | Telefon | E-mail | | |
| <input type="checkbox"/> změna oprávněných osob v případě úmrtí následkem úrazu | Pojištěná osoba | Oprávněná osoba (jméno, příjmení, datum narození) | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> změna způsobu platby | <input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně od 1. .20 | | | |
| <input type="checkbox"/> změna formy platby | <input type="checkbox"/> poštovní poukázka <input type="checkbox"/> trvalý příkaz <input type="checkbox"/> SIPO – spojovací číslo: | | | |
| <input type="checkbox"/> změna rizikové skupiny | Pojištěná osoba | Nová riziková skupina - důvod změny (změna povolání / činnosti) | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> změna výše pojistných částek | s platností od 1. .20 | | Při zvýšení částek zodpovězte otázky 1-4 | |
| | Pojištěná osoba | Požadovaná krytí – pojistné částky | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> automatické přizpůsobení | <input type="checkbox"/> aktivovat <input type="checkbox"/> zrušit od 1. .20 | | | |
| Otázky - zvýšení pojistných částek | | Pojištěná osoba | | |
| 1. Trpíte nebo trpěl jste v minulosti zdravotním omezením nebo tělesnou vadou? | | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 2. Jste registrovaným sportovcem nebo provozujete vrcholový sport či nějakou nebezpečnou volnočasovou aktivitu? | | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 3. Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, jaké a jak často? | | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 4. Máte uzavřeno úrazové pojištění nebo jste podal návrh na uzavření úrazového pojištění u jiné pojišťovny? Pokud ano, uveďte název pojišťovny. | | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Podrobnosti k otázkám zodpovězeným kladně | | | | |
| Jméno a adresa ošetřujícího lékaře | | | | |
| | | | | |
| datum | | podpis pojistníka / pojištěné osoby | | |