

--

<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 pojištěné osoby	Jméno a příjmení		Datum narození
	V případě dožití pojištěné osoby	Jméno a 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 – spojuvací číslo:			
<input type="checkbox"/> přerušění plateb pojistného	s platností od 1. .20		Obnovení plateb pojistného je možné do jednoho roku od přerušění.	
<input type="checkbox"/> obnovení plateb pojistného, reaktivace smlouvy	Smlouvu lze obnovit do 1 roku od jejího přerušění. K obnovení smlouvy je třeba doplacení pojistného za dobu přerušění + 1 měsíc pojistného na následující pojistné období. Smlouvu přerušenu pro neplacení v prvním roce trvání pojištění nelze obnovit. Pojistitel si vyhrazuje právo žádost o obnovení odmítnout, případně stanovit další podmínky.			
<input type="checkbox"/> změna výše pojistné částky	s platností od 1. .20	z částky	na částku	při zvýšení zodpovězte otázky 1-6
<input type="checkbox"/> změna výše pojistného	s platností od 1. .20	z částky	na částku	při zvýšení u kapitálového ŽP zodpovězte otázky 1-6
<input type="checkbox"/> automatické přizpůsobení	<input type="checkbox"/> aktivovat <input type="checkbox"/> zrušit 1. .20			
<input type="checkbox"/> úrazové připoj. v případě smrti (ÚPS)	<input type="checkbox"/> zrušit <input type="checkbox"/> sjednat od 1. .20	částka ÚPS v Kč	nynější pracovní činnost pojištěného	při sjednání zodpovězte otázky 1-6
Otázky ke sjednání úrazového připojištění pro případ smrti / zvýšení pojistné částky				
1. Jste ve Vašem zaměstnání či při sportu vystaven/a zvláštnímu riziku? Např. létání (s výjimkou pasažerů), dostihový sport, potápění?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		druh a rozsah zvláštního rizika
2. Byl jste po uzavření pojištění - v posledních 5 letech - v nemocničním ošetření?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		otáz. číslo Zde uveďte podrobnosti týkající se kladně zodpovězených otázek.
3. Vyskytly se po uzavření pojištění nějaké potíže či onemocnění?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
4. Máte tělesnou vadu, následky úrazu či trpíte duševní poruchou?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
5. Byla u Vás zjištěna infekce HIV (test HIV-pozitivní)?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		příčina
6. Pobíráte ze zdravotních důvodů invalidní důchod nebo máte sníženou pracovní schopnost?		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
..... datum podpis pojistníka / pojištěné osoby				