

Návrh na změnu / oznámení změny

pojistné smlouvy pojištění osob –

Benefit – rodinné pojištění s bonusem



GLT5010491



Generali Pojišťovna a.s.
 Bělehradská 132
 120 84 Praha 2
 Česká republika
 Klientský servis 844 188 188
 (dále jen „pojišťitel“)

Základní údaje o pojistné smlouvě, u které požadujete změnu (vyplňte vždy):

číslo pojistné smlouvy

provedení změny k datu:

tarif **ZB**

05-02-2019

1 0 8 0 8 7 0 2 4

0 1 / 0 3 / 2 0 1 9

pojistník (příjmení, jméno, titul, příp. obchodní firma)

rodné číslo (příp. IČ)

L e s y a p a r k y

2 5 9 6 8 7 0 0

Upozornění:

- O změnu je nutno požádat minimálně **6 týdnů** před požadovaným datem provedení změny (nelýká se změny osobních údajů, změny profesní nebo jiné činnosti, změny obmýšlených osob a vinkulace).
- Dojde-li ke změně skutečností, na které byl pojištěný při sjednávání pojištění pojištětelem lžán, je pojištěný/pojištěná povinen písemně oznámit tuto změnu do 15 dnů pojišťiteli.
- Pojišťitel akceptuje požadovanou změnu písemným potvrzením zasláným pojištěným.
- Dohodnou-li se účastníci pojištění na změně již sjednaného pojištění, poskytne pojišťitel ze změněného pojištění pojistné plnění až z pojistných událostí, které nastaly po dni změny pojištění, nejdříve v 00:00 hodin dne, ke kterému byla změna pojištění provedena.
- Dohodnou-li se účastníci pojištění na změně již sjednaného pojištění, se kterou je spojena změna výše běžného pojistného, je běžné pojistné ve změněné výši splatné k počátku nejbližšího pojistného období ode dne, ke kterému byla změna provedena.
- Podrobnější informace týkající se provádění změn jsou uvedeny v článku „Změny pojištění“ příslušných všeobecných nebo zvláštních pojistných podmínek platných pro sjednané pojištění.

1A. Oznámení změny údajů pojistníka

1B. Nový pojistník

titul (před jménem) _____ rodné číslo / IČ _____
 jméno, titul (za jménem) _____ datum narození _____
 příjmení (příp. obchodní firma, název) _____
 adresa _____
 korespondenční trvalá muž žena státní příslušnost _____
 současně, příp. i vedlejší povolání / OSVČ předmět a místo podnikání _____
 ulice _____ č. popisné _____
 obec – část obce _____ PSČ _____ č. orientační _____
 telefon _____
 Pro účely identifikace: Je-li adresa trvalého pobytu odlišná od korespondenční adresy, uveďte ji v dalších ujednáních a přílohách k tomuto návrhu na změnu. e-mail (povinné pro zaslání informací o bonifikaci) _____@_____

2. Oznámení změny údajů pojištěného/pojištěných osob (vyplňte vždy údaje u všech osob, i když nedochází ke změně)

Pojištěné osoby (lze sjednat pro osoby se vstupním věkem dítě: 0 – 14 let, dospělý: 15 – 64 let, max. 2 seniory: 65 – 70 let)

Pojištěný č. 1 má automaticky sjednáno životní pojištění pro případ smrti (tarif ZB) s pojistnou částkou _____

Pojištěný č.	příjmení, jméno, titul	datum narození	rodné číslo	sex	současné, případně i vedlejší povolání / OSVČ předmět podnikání	sportovní činnost	vrcholová	státní příslušnost
1	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	muž	_____	_____	_____	_____

Přírážky: rizikové povolání – dospělý/senior: _____ sportovní činnost na vrcholové úrovni (mezinárodní soutěže) – dítě: _____
 dospělý/senior na vrcholovou sportovní činnost nelze pojistit v rámci tohoto tarifu, nutno sjednat jiný typ životního pojištění

Seznam zkratek: ZB – pojistění pro případ smrti; UTAB – obědkové pojistění pro případ smrti; UTAB – obědkové pojistění smrti následkem onemocnění; TNPB – obědkové pojistění smrti následkem onemocnění; DOUB – denní odškodné za dobu léčby v nemocnici; DOVB – denní odškodné za dobu léčby v nemocnici; HOUB – hospitálizace následkem úrazu; PC – pojistna Bratislava; DOUB – denní odškodné za dobu léčby v nemocnici; DOVB – denní odškodné za dobu léčby v nemocnici; HOUB – hospitálizace následkem úrazu; PC – pojistna Bratislava.

Rozsah pojištění (vyplňte vždy údaje u všech osob, i když nedochází ke změně)

změna	Pojištění	Varianta A) se zdravotním dotazníkem						Varianta B) bez zdravotního dotazníku (a speciální varianta se zjednodušenou akceptací)				Přirážky, slevy			Pojistné roční pojistné
		UTAB smrt úrazem včetně UTAB smrt násl. autonehody	TNPB odřezání ruce	DOUB ¹⁾ denní odškodné	HOUB ²⁾ hospitálizace úrazem	DUAB ³⁾ úraz s asistencí	UTAB smrt úrazem včetně UTAB smrt násl. autonehody	TNPB odřezání ruce	DOVB ⁴⁾ daňová odškodné	HOUB ⁵⁾ hospitálizace úrazem	DUAB ⁶⁾ úraz s asistencí	přirážka	sleva	důvod přirážky/slevy	
<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	č. 1														
<input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano	č. 2														
<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	č. 3														
<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	č. 4														
<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	č. 5														
<input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano	č. 6														
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	č. 7														
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	č. 8														

¹⁾ Všechny pojištěné osoby musí mít vždy sjednáno DOUB/DOVB v kombinaci s TNPB nebo UTAB
²⁾ DUAB lze sjednat pouze pro osoby odřezání ruce
³⁾ Při sjednání HOUB nutno vždy vyplnit zdravotní dotazník
⁴⁾ U TNPB odřezání ruce a věkem do 18 let není nutné vyplnit zdravotní dotazník

roční pojistné – Pojištěný č. 1: pojištění pro případ smrti

celkové roční pojistné

celkové roční pojistné po slevě za počet osob = celkové roční pojistné x koeficient - koeficienty: 5589
 celkové pojistné dle způsobu placení = celkové roční pojistné po slevě za počet osob x frekvence – měsíční x 0,09; čtvrtletní x 0,265; pololetní x 0,52; roční x 1

4. Změna pojistného období

5. Změna způsobu placení

roční pololetní čtvrtletní měsíční poštovní poukázkou bankovním převodem
 spořicí číslo pro SIPO: číslo účtu: kód banky:
 SIPO inkasem z účtu

6. Změna obmyšlených/oprávněných osob* (zadejte kompletní upravené údaje, součet procentuálních podílů musí činit

Obmyšlené osoby k pojištěné osobě číslo a jméno:
 příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) nebo vztah k pojištěnému: datum narození / IČ: podíl v %:
 Obmyšlené osoby k pojištěné osobě číslo a jméno:
 příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) nebo vztah k pojištěnému: datum narození / IČ: podíl v %:
 *obmyšlenou/oprávněnou osobou se rozumí osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění v případě smrti pojištěného.
 V případě více obmyšlených osob použijte tiskopis 99.50.00.18.

7. Výpověď ze strany pojistníka (nutno doručit 6 týdnů před uplynutím pojistného období)

Beru na vědomí, že smlouva bude ukončena ke konci pojistného období, které následuje 6 týdnů po doručení výpovědi. Další informace a podrobnosti jsou uvedeny v příslušných pojistných podmínkách v článku "Zánik pojištění".

Další ujednání, přílohy

Pojistník a pojištěný svým podpisem potvrzují, že žádají o uvedení změny a že jsou seznámeni a jsou si vědomi všech práv a povinností, které požadovanou změnou vzniknou a které s ní souvisejí. Dále prohlašují, že prozatím žádné změny informací na které by pojištěným lázají při sjednávání pojištění (např. změna profesní činnosti, změna sportovní činnosti apod.). V případě zvýšení rozsahu pojištění ochrany pojištěný je k tomuto návrhu na změnu nutno přiložit zdravotní dotazník pro každou pojištěnou osobu, který se stává součástí pojistné smlouvy (výjimkou jsou pouze varianty pojištění bez zkoumání zdravotního stavu). Neodpovězení některé z otázek uvedených ve zdravotním dotazníku bude považováno za zápornou odpověď. Pojistník a pojištěný berou na vědomí, že pojištění není povinen provést všechny požadované změny, zejména týkající se zvýšení pojistné ochrany a zahrnutí osob. Pojistník a pojištěný č. 1 dále berou na vědomí, že pojištění pro případ smrti (tarif ZB) pro Pojištěného č. 1 nelze zrušit nebo převést na jinou pojištěnou osobu bez ukončení pojistné smlouvy, výjma zánku pojištění pro případ smrti uvedených v ZPP BON 2009/01. V případě změny pojistníka dosavadní pojistník a nový pojistník navrhují, aby práva a povinnosti, vyplývající z výše uvedené pojistné smlouvy, převzal namísto dosavadního pojistníka nový pojistník. Práva a povinnosti přecházejí na nového pojistníka v rozsahu práv a povinností dosavadního pojistníka dnem provedení změny. Pokud není výslovně uvedeno jinak, je korespondenční adresa pojištěných osob totožná s korespondenční adresou pojistníka.
 Prohlášení pojistníka/pojištěného: Potvrzují, že jsem se před sepsáním Návrhu na změnu pojistné smlouvy seznámil/a se změnou všech pojistných podmínek pro současnou pojištěnou osobu VPP PCS 2005/01, základních pojistných podmínek pro pojištění s bonifikací ZPP BON 2009/01 a Tabulku LP 2008/01 platných pro sjednané druhy pojištění, které jsou k dispozici na internetové adrese www.generalfcz a že jsem byl/a seznámen/a s plným zněním Dalšíh ujednání, jejich obsahu rozumím a s jejich obsahem souhlasím. Beru na vědomí, že odchýlně od VPP/ZPP platných pro sjednané druhy pojištění se ujednává: plným invalidním důchodem se rozumí plný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, částečným invalidním důchodem se rozumí částečný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu II. a I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení. Dále učitelný pojištěný souhlasí k nahrazení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuje poskytnout mi veškeré informace shrnované ve zdravotnické dokumentaci vedené o mě osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistit. Zprávu o měčinnosti a zinochopu tímto ošetřující lékař, zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojištěný souhlasí, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyzdával nutné informace o mých zdravotních stavech bez zdravotního upozornění. Souhlasím s tím, aby mé adresy a identifikační údaje a údaje o zdravotním stavu byly zpracovávány správcem Centrální Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 01 Praha 2, Česká republika a jímí smlouvu na zpracování společnými rozhodnutími zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů (zejména pojišťovnicí prostřednictvím pro účely poskytování činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu, a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.
 Čestně prohlašuji, že: jsem nejsem politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zák. č. 253/2008 Sb. o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Dále prohlašuji, že společnost Generali Pojišťovna a.s. okamžitě písemně sdělím veškeré případné změny v prohlášené informaci.

Další ujednání a přílohy k návrhu na změnu:

Pojišťovací zprostředkovatel

příjmení, jméno, titul (název) osoby oprávněné pojistitelem sepsat návrh na změnu a provést identifikaci: registrační číslo přidělené ČNB: osobní číslo: podpis:
 příjmení, jméno, titul osoby oprávněné pojistitelem k převzetí návrhu na změnu za pojistitele a provedení identifikace: registrační číslo přidělené ČNB: agenturní číslo: telefonní číslo:

Osoba, která provedla identifikaci, prohlašuje, že podoba identifikované osoby je shodná s vyobrazením na průkazu totožnosti.

Podpisy (podpis pojistníka – nutný vždy; podpis pojištěného – nutný, je-li pojištěný odlišný od pojistníka)

Pojistník/pojištěný svým podpisem potvrzuje, že žádá o uvedení změny, byl seznámen a souhlasí s výše uvedenými smluvními a je si vědom všech práv a povinností, které požadovanou změnou vzniknou a které s ní souvisejí.
 datum: místo: podpis: (i původního):
 25/01/2019 Trutnov
 průkaz totožnosti pro identifikaci pojistníka – druh, číslo, vydán kým a kdy, doba platnosti, místo narození:
 jména, příjmení, adresy a podpisy zákonných zástupců nezletilých pojištěných osob:

99.50.10.49 05.2010 verze 02

Záznam z jednání, informace o zprostředkovateli

Informace, které je pojišťovací zprostředkovatel povinen zájemci o pojištění (dále jen „klient“) sdělit před uzavřením smlouvy nebo při její změně.



Pojišťovatel

Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2866, IČO: 61859869, DIČ: CZ699001273, www.generali.cz. Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném ISVAPem, pod číslem 26.

Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Generali Pojišťovna a.s.

osoba oprávněná za Generali Pojišťovna a.s. k identifikaci, kontrole klienta, učinění nabídky na předběžné pojištění a převzetí nabídky pojistníka

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

registrační číslo přidělené ČNB

agenturní číslo

telefon

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Pojišťovací zprostředkovatel má smluvní povinnost vykonávat zprostředkování výhradně pro pojistitele.

Pojišťovací zprostředkovatel je oprávněn vykonávat zprostředkování pro více pojistoven.

Je zaměstnancem pojistitele.

Podřízený pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec pojišťovacího zprostředkovatele

osoba oprávněná jednat za pojišťovacího zprostředkovatele

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

registrační číslo přidělené ČNB

osobní číslo

telefon

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Informace

- Zápis pojišťovacího zprostředkovatele v registru vedeném Českou národní bankou lze ověřit na internetových stránkách ČNB nebo přímo v ČNB.
- Pojišťovací zprostředkovatel nemá žádný přímý ani nepřímý podíl na hlasovacích právech a kapitálu pojistitele, pokud by k uvedenému došlo, je povinen o této skutečnosti klienta informovat.
- Pojistitel nebo osoba ovládající pojistitele nemá žádný přímý nebo nepřímý podíl na hlasovacích právech a kapitálu pojišťovacího zprostředkovatele.
- Stížnost na pojišťovacího zprostředkovatele je možné podat u pojistitele, u ČNB vykonávající dohled v pojišťovnictví.
- Žalobu na pojišťovacího zprostředkovatele lze podat u místně příslušného soudu. K rozhodnutí sporu z nabízení, poskytování nebo zprostředkování životního pojištění je příslušný též finanční arbitér.
- V případě, že pojišťovací zprostředkovatel vykonává zprostředkování pro více pojistoven, na žádost klienta mu takové pojišťovny sdělí.
- V případě, že pojišťovací zprostředkovatel má smluvní povinnost vykonávat zprostředkování výhradně pro pojistitele, nesmí poskytovat analýzu podle § 21 odst. 7 zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí, ve znění pozdějších předpisů.

Klient

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo / IČO

Lesy a parky Trutnov s.r.o.

25968700

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Úpická

469

Trutnov 1

541 01

Požadavky a potřeby klienta související se sjednáváním pojištěním – pojištění osob

Zabezpečení pro případ

smrti

úrazu

nemocenských rizik

zhodnocení finančních prostředků

(vyplňte sekce investiční horizont a požadovaná míra rizika)

Investiční horizont

krátkodobý (do 3 let)

střednědobý (3-10 let)

dlouhodobý (nad 10 let)

do dosažení důchodového věku

Požadovaná míra rizika

garantovaný výnos

vysoce konzervativní

vyvážená

vysoká

agresivní

Specifikace požadavků

žádá o vyloučení ze smlouvy k datu 01.03.2019

Důvody, na kterých pojišťovací zprostředkovatel zakládá svá doporučení pro výběr daného pojistného produktu

nabízené pojištění odpovídá výše uvedeným potřebám a požadavkům klienta

jiné důvody změna na smlouvě - vyloučení zaměstnance

Upozornění pojistitele na nesrovnalosti mezi požadavky klienta a nabízeným pojištěním ve smyslu § 2789 zákona č. 89/2012 Sb.

Podpisy

Klient svým podpisem stvrzuje, že jeho výše uvedené požadavky a potřeby jsou jasně a přesně srozumitelnou formou zaznamenány a dále, že výše uvedené informace mu byly poskytnuty písemně, jasně a přesně, srozumitelnou formou, a to před uzavřením pojistné smlouvy nebo před její změnou.

datum

místo

25.01.2019

Trutnov

Lesy a parky Trutnov s.r.o.
Úpická 469 541 01 Trutnov
DIČ: CZ25968700
Tel./fax: [redacted]
E-mail: [redacted]

podpis
nebo z

Generali Pojišťovna a.s.
e

