

# Žádost o změnu v pojistné smlouvě



Číslo pojistné smlouvy: 91610131914518      Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_      Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

## A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika  
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

## B. POJISTNÍK / JINÁ OSOBA

**Identifikace<sup>1)</sup>**  Pojistníka  Jiné osoby, vztah jiné osoby k pojistníkovi<sup>2)</sup> Telefon jiné osoby

Rodné číslo/IČO: 499651618      Příjmení/Název: ZAKLADNÍ ŠKOLA NÁMĚŠTĚ N.D.      Jméno: \_\_\_\_\_      Titul: \_\_\_\_\_

Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát): \_\_\_\_\_      Platnost průkazu do: \_\_\_\_\_      Místo, stát narození<sup>3)</sup>: \_\_\_\_\_

Jiné státní občanství než ČR, jaké? \_\_\_\_\_       Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR<sup>4)</sup>) Kterého? \_\_\_\_\_      DIČ<sup>5)</sup>: \_\_\_\_\_      PEP<sup>6)</sup>:  Ano \_\_\_\_\_

**Adresa trvalého pobytu/bydliště či sídla** (změna bude provedena u všech smluv označeného pojistníka v rámci pojistného vztahu):  
Ulice (místo), číslo popisné/orientační: MUSOVA 549      PSČ: 671 01

Obec – dodací pošta: NÁMĚŠTĚ NAD OSLAVOU       Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód<sup>7)</sup>: \_\_\_\_\_

**Prostředky elektronické komunikace**  
E-mail: \_\_\_\_\_      Mobilní telefon: \_\_\_\_\_      Telefon: \_\_\_\_\_

1. Pojistník potvrzuje, že titul, jméno, příjmení/název, adresa jeho trvalého pobytu/bydliště či sídla a kontakty elektronické komunikace uvedené v tomto oznámení jsou aktuální, a souhlasí, aby tyto údaje byly v případě jejich zjevu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých je pojistníkem nebo pojistněm, využívány i pro účely takových pojistných smluv.  
2. Pojistník souhlasí, aby pojistitel předával jeho osobní údaje členům pojistovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s. (dále jen „správně osoby“). Pojistník dále souhlasí, aby pojistitel i správně osoby používali jeho osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zaslání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.

<sup>1)</sup> Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních ujednáních s možností více variant)  
<sup>2)</sup> U životního pojištění žádá o změnu pouze pojistník.  
<sup>3)</sup> Není-li vyplněno, platí státní občanství / stát narození / stát ČR.  
<sup>4)</sup> Je-li označeno křížkem (Ano, vyplňte formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby Vo-118 nebo formulář Identifikace a základní kontrola klienta – právnické osoby Vo-131. Blíže informace naleznete na internetových stránkách pojistitele.  
<sup>5)</sup> Je-li uvedena daňová rezidence jiná než ČR, vyplňte kolonku DIČ.

## C. DRUHY ZMĚN (změny nelze provádět zpětně)

Oznámení změny adresy trvalého pobytu/bydliště či sídla  Pojistníka  Pojistněného  Vlastníka  Držitele

Oznámení/Změna korespondenční adresy pojistníka (změna bude provedena v této pojistné smlouvě)  Zrušení korespondenční adresy

Příjmení, jméno, titul/Název: \_\_\_\_\_

Ulice (místo), číslo popisné/orientační: \_\_\_\_\_      PSČ: \_\_\_\_\_

Obec – dodací pošta: \_\_\_\_\_       Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód<sup>7)</sup>: \_\_\_\_\_

Zkrácený název pro korespondenci je (max. 30 znaků): \_\_\_\_\_

Oznámení změny jména, příjmení, titulu/Názevu klienta (změna bude provedena u všech smluv označeného klienta v rámci pojistného vztahu)  Pojistníka  Pojistněného  Vlastníka  Držitele  Jednatelů, funkce jednatelů: \_\_\_\_\_

Žádost o změnu klienta na této pojistné smlouvě<sup>8)</sup> (pokud to daný produkt umožňuje)      Z důvodu: \_\_\_\_\_

Rodné číslo/IČO: \_\_\_\_\_      Příjmení, jméno, titul/Název: \_\_\_\_\_

Žádost o změnu způsobu platby pojistného

**Způsob platby bez připomenutí úhrady pojistitelem**  
 SINK<sup>9)</sup>  trvalý příkaz (doporučuje se používat pouze pro životní pojištění)  SIPO – spojavací číslo SIPO: \_\_\_\_\_

**Způsob platby s připomenutím úhrady pojistitelem** (Nelze zvolit pro pojistné období 1 měsíc. Bude-li přesto zvoleno, pojistitel změní na „trvalý příkaz“.)  
 příkaz k úhradě  složenka      Pro připomenutí platby upřednostňuje pojistitel prostředky elektronické komunikace. Vyloučí-li pojistník elektronickou komunikaci, zasílá pojistitel připomenutí platby na korespondenční adresu pojistníka.

**Variabilní symbol = číslo pojistné smlouvy**

Žádost o změnu pojistného období<sup>10)</sup> (nelze použít pro pojištění podnikatelů)  1 měsíc (měsíční<sup>11)</sup>)  3 měsíce (čtvrtletní)  6 měsíců (polaletní)  12 měsíců (roční)      Pokud změnu pojistného období dochází k odebrání/přiznání slevy, souhlasím s úpravou výše pojistného za pojistné období.

Oznámení změny/doplnění údajů o vozidle      RZ: \_\_\_\_\_      Číslo TP: \_\_\_\_\_      VIN: \_\_\_\_\_

Zelenou kartu zaslat klientovi opakovaně poštou  Žádost o přerušeni/obnovení pojištění (pouze pro pojištění vozidel)      Přerušeni pojištění od: \_\_\_\_\_      Přerušeni pojištění do: \_\_\_\_\_

Doložení potvrzení rozhodné doby  Převod rozhodné doby z pojistné smlouvy č. \_\_\_\_\_

Oznámení změny oprávněné/obmyšlené osoby      Tímto se ruší původní seznam oprávněných/obmyšlených osob a stanovuje se nový kompletní seznam. U fyzické osoby uveďte příjmení, jméno a datum narození a podíl v procentech nebo vztah k pojištěnému a podíl v procentech. Kde je pojistník odlišný od pojištěného, je zapotřebí i podpisu pojištěného. V případě určení oběma způsoby má přednost jméno s datem narození. U právnické osoby uveďte název, IČO, sídlo a podíl v procentech.

_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Celkem 100%			

Ostatní změny (doplňující údaje)

Převzaté doklady  Kopie TP  Plná moc  Úmrtní list  Jiné

<sup>8)</sup> V případě žádosti o změnu klienta je nutno uvést adresu trvalého pobytu/bydliště či sídla.  
<sup>9)</sup> Nutno doložit potvrzení ořízení SINK s příslušnou bankou. Nepřiložil-li pojistník potvrzení současně s touto žádostí o změnu, platí stávající způsob platby až do doložení příslušného potvrzení.  
<sup>10)</sup> Změnu pojistného období (změnu frekvence placení pojistného) je možno požadovat pouze k výročním dnům smlouvy. Změna pojistného období u pojištění podnikatelů se sjednává prostřednictvím Dodatku k pojistné smlouvě, nikoliv tímto formulářem.  
<sup>11)</sup> Lze sjednat jen u pojištění osob. Je-li sjednáno pojistné období 1 měsíc, nelze sjednat způsob platby poštovní poukázkou ani příkazem k úhradě.  
<sup>12)</sup> Účinky má jen žádost, kterou pojistitel obdržel. Den obdržení žádosti pojistitelem není vždy totožný se dnem jejího vyplnění (seprání).  
<sup>13)</sup> Pojistitel si vyhrazuje právo odmítnout požadavek klienta, pokud není v souladu s právními předpisy nebo pojistnými podmínkami pojistné smlouvy.

Datum vyplnění žádosti<sup>14)</sup>: 21.02.2017

Podpis pojistníka/jiné osoby<sup>15)</sup>: Mgr. Bára Procházková      Podpis pojistněného/zákonného zástupce – vztah: \_\_\_\_\_      Jméno, příjmení/název a podpis ziskatele: Uroš

Ziskatelské číslo: 5414      Osobní číslo spolupracovníka ziskatele: 579      Telefon: 602309648      E-mail: DSPACEOVA@KCOOP.CZ      Ziskatel ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti.