

Žádost o změnu rozsahu pojištění

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen jako „pojišťovna“ nebo „NN“).

DOPORUČUJEME vyplnit tuto žádost ve spolupráci se zástupcem NN poté, co Vám byla z jeho strany poskytnuta rada týkající se vhodnosti Vašeho zamýšleného jednání. Rada se poskytuje na základě analýzy Vašich požadavků, cílů, potřeb, finanční situace atd. a jejím smyslem je zajistit jednání ve Vašem nejlepším zájmu. Nevyužijete-li konzultace se zástupcem NN, pak není možné Vám poskytnout řádné poradenství ani kvalifikovanou radu podle příslušných právních předpisů.

Pojistník	Vyplňte pouze v případě, není-li pojistník zároveň níže uvedenou pojištěnou osobou (viz oddíl Pojištěný)		
	Příjmení	Jméno	Rodné číslo (není-li, pak datum narození)

Pojištěný	Vždy vyplňte aktuální údaje. Pokud kterýkoli z údajů uvedete v nové podobě, aktualizujeme jej pro Vás na všech smlouvách administrovaných NN, kde vystupujete jako pojistník nebo pojištěný.			
	Příjmení ¹⁾		Jméno	
	Rodné číslo (není-li, pak datum narození)		Místo narození (i stát, není-li ČR)	Státní příslušnost
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas	Číslo průkazu ¹⁾	Vydaný kým	Platný do
	Trvalé bydliště ¹⁾ – Ulice a číslo popisné		PSČ	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
	Pracovní činnost (zaměstnání, podnikání apod.)		Obor	RS (riziková skupina) Výsledná RS
	Sportovní a volnočasová činnost		Provozována jako ²⁾ : <input type="checkbox"/> Registrovaný sportovec <input type="checkbox"/> Profesionální sportovec <input type="checkbox"/> Amatérský sportovec (zejm. u bojových a adrenalinových sportů)	RS/přírážka ³⁾ Přírážka ³⁾ (v %)

Poučení: Uvedená změna pracovní nebo volnočasové či sportovní činnosti pojištěného může mít vliv na výši pojistného za krytá úrazová rizika (v případě vysoce rizikových povolání i na vybraná neúrazová). Více informací v Obchodních podmínkách pro dané životní pojištění.

- ¹⁾ Pokud dojde ke změně údajů v označené kolonce, je nutné, abyste k formuláři doložil/a také kopii nového průkazu totožnosti, příp. může být kopie průkazu nahrazena ověřením totožnosti provedeným zástupcem NN.
- ²⁾ Pokud není zaškrtnuta žádná z možností, pak má pojišťovna za to, že pojištěný neprovozuje sport ani jako registrovaný, ani jako profesionální sportovec (ani amatérsky v případě bojových či adrenalinových sportů).
- ³⁾ Vztahuje se na tarify úrazových připojištění podle příslušných Obchodních podmínek.

Rozsah pojištění	Změna rozsahu pojištění u výše uvedené pojištěné osoby – nelze odebrat všechna připojištění. Na pojistné smlouvě musí zůstat zachováno pojistné krytí v rámci životního pojištění.						
	Název tarifu	Číslo tarifu	Ukončit	Přidat	Změnit	Nová pojistná částka	Pojistná doba do věku ⁴⁾
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kč	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kč	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kč	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kč	

Poučení: Součástí žádosti o změnu (přidání připojištění nebo zvýšení pojistné částky) musí být vyplněný **zdravotní dotazník**. Bez zdravotního dotazníku není možné žádost posoudit ani přijmout. V případě změny pojištění prováděné k výročí pojistné smlouvy nedochází v daném roce k indexaci pojištění, pokud je na smlouvě sjednána.

⁴⁾ Pojistná doba se sjednává uvedením věku pojištěného (rozdíl mezi aktuálním kalendářním rokem a rokem narození), do kterého se sjednává trvání příslušného připojištění (tarifu). Není-li pojistná doba uvedena nebo je-li uvedena delší než maximální možná délka trvání připojištění, je konec pojištění či připojištění sjednáno do maximálního koncového věku stanoveného pro dané pojištění či připojištění, nejdéle však do konce trvání pojistné smlouvy.

Pojistné	Nové hodnoty:	Běžné pojistné za pojistnou smlouvu dle zvolené frekvence placení	z toho příspěvek zaměstnavatele ⁵⁾	Frekvence placení <input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně	Způsob placení <input type="checkbox"/> Bankovním převodem	
	Oznamuji, že na výše uvedenou smlouvu bude se stejnou frekvencí přispívat můj zaměstnavatel. Současně beru na vědomí, že pokud zaměstnavatel přispívá na běžné pojistné a k úhradě tohoto příspěvku nedojde, bude tuto úhradu pojišťovna požadovat po pojistníkovi.					
	Identifikace zaměstnavatele: název			IČO		Sídlo (stačí uvést stát)
	Číslo účtu, ze kterého bude placen příspěvek					

Žádám o:
 Inflační navýšení pro tento kalendářní rok (pro smlouvy uzavřené od 1. 12. 2016) **Indexování pojištění** přidat odebrat odmítnout pro tento rok **Platební prázdniny** (pouze pro Investiční životní pojištění)

⁵⁾ Příspěvek zaměstnavatele je nutno vyplnit vždy, pokud byl sjednán. Týká se typicky smluv investičního životního pojištění s daňovým zvýhodněním.

Finanční dotazník	Uveďte, jaký je Váš aktuální hlavní zdroj příjmů, ze kterých budete hradit pojistné (i více možností současně):					
	<input type="checkbox"/> příjmy ze závislé činnosti <input type="checkbox"/> příjmy z podnikání <input type="checkbox"/> kombinace příjmů ze závislé činnosti a z podnikání <input type="checkbox"/> příjmy z kapitálového majetku <input type="checkbox"/> příjmy z nájmu <input type="checkbox"/> příjem z licenčních poplatků <input type="checkbox"/> jiné zdroje, specifikujte: <input style="width: 100%; border: 1px solid black;" type="text"/>					

Poučení: Pokud je tato žádost použita pro přidání připojištění, které nebylo dříve sjednáno, je nutné, aby se pojistník a pojištěný seznámili s relevantními částmi smluvní dokumentace (pojistných podmínek), které toto nové sjednané připojištění obsahují a definují. Aktuální verzi příslušných pojistných naleznete na adrese www.nn.cz. Číslo aktuální verze pojistných podmínek následně vyplňte níže do pole Verze dokumentů.

Tato žádost se stává dodatkem pojistné smlouvy, a to k datu provedení změny, která je pojišťovnou potvrzena. Potvrzení o provedení změny zašle pojišťovna pojistníkovi. Pokud pojišťovna žádost neschválí, informuje pojistníka neprodleně o této skutečnosti.

Nedílnou součástí této žádosti jsou:

Informační list při změně životního pojištění

V případě zvýšení pojistné ochrany (zvýšení pojistných částek, přidání nového připojištění):

Zdravotní dotazník pojištěné osoby

V případě přidání nového připojištění také příslušné části aktuální verze smluvní dokumentace, zejména:

Všeobecné pojistné podmínky

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění a připojištění

Obchodní podmínky pojišťovny včetně Podmínek poskytování a používání elektronických služeb



V případě investičního životního pojištění také:

Sdělení klíčových informací (dostupné na www.nn.cz)

Poučení

Prohlášení

Prohlášení pojistníka: Pokud jsem odmítl/a využít možnosti poskytnutí rady prostřednictvím zástupce NN nebo jsem odmítl/a poskytnout informace, které jsou nezbytné k tomu, aby rada mohla být na jejich základě poskytnuta, jsem si vědom/a, že pojistitelem mi nemůže být poskytnuta analýza očekávaných nákladů a přínosů této požadované změny a s tím spojené doporučení o vhodnosti prováděné změny.

Prohlášení zástupce NN: Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že jsem pojistníkovi (popř. pojištěnému) poskytl/a nebo nabídl/a poskytnout radu týkající se vhodnosti prováděné změny.

Zástupce NN

Jméno a příjmení zástupce NN		Název samostatného zprostředkovatele	
Název vázaného zástupce právnické osoby a vztah k poradci			
IČO zástupce NN (dle registru ČNB)	ID zástupce NN (osobní ID)	ID samostatného zprostředkovatele	<input type="checkbox"/> vázaný zástupce samostatného zprostředkovatele <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel
Mobil zástupce NN	E-mail zástupce NN		
Adresa podnikání zástupce NN (dle registru ČNB)			

Datum a podpis

<input type="text"/>	Jméno, příjmení, datum narození <input type="text"/>	Jméno, příjmení, datum narození <input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum podpisu <input type="text"/>	Podpis pojistníka ⁶⁾	Podpis pojištěného ⁶⁾ (je-li nezletilý, pak zákonného zástupce; je-li nezletilému 15 a více let, podepíše se i on nad datum podpisu)	Podpis zástupce NN

⁶⁾ Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti. Pokud není pojistník zároveň zákonným zástupcem pojištěného, doplňte tuto žádost o vyplněný formulář Způsobilost k zákonnému zastoupení vč. kopie oprávnění za tuto osobu jednat (zejména rodný list, rozhodnutí soudu). V případě osoby, která není plně svéprávná k právnímu jednání, ověřil zástupce NN originál oprávnění k zastoupení. Pojišťovna je oprávněna požadovat úřední ověření totožnosti pojistníka/pojištěného, identifikaci zástupce a úřední ověření oprávnění zastupující osoby.