



Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy

Technické zmeny

(ďalej len „Žiadosť“)

Technickou zmenou sa rozumie zmena, ktorá má vplyv na výšku poistného.

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Poistník

PRIEZVISKO, MENO, TITUL/NÁZOV

RODNÉ ČÍSLO/IČO DAŇOVÝ A POBYTOVÝ NEREZIDENT (LEN PRI IŽP)¹⁾ POLITICKY EXPONOVANÁ OSOBA²⁾

Uzatvorenie poistenia (nová poistená osoba)/výpoveď poistenia poistených osôb

ŽIADAM UZATVORIŤ POISTENIE PRE NIŽŠIE UVEDENÚ OSOBU, KTORÁ BUDE ĎALŠOU POISTENOU OSOBOU V POISTNEJ ZMLUVE

PRIEZVISKO, MENO, TITUL

MUŽ ŽENA

DÁTUM NARODENIA RODNÉ Č. DAŇOVÝ A POBYTOVÝ NEREZIDENT (LEN PRI IŽP)¹⁾ POLITICKY EXPONOVANÁ OSOBA²⁾

TRVALÝ POBYT – ADRESA

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS RODNÝ LIST³⁾ ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ

ZAMESTNANEC SZČO ZAMESTNANIE RIZIKOVÁ SKUPINA INÁ ČINNOSŤ⁴⁾

VÝŠKA PRÍJMU

ZAMESTNANEC PRIEMERNÝ HRUBÝ MESAČNÝ PRÍJEM V € (POSLEDNÝ KALENDÁRNY ŠTVRŤROK) BEZ PRÍJMU

SZČO HRUBÝ ROČNÝ PRÍJEM V € (POSLEDNÉ ZDAŇOVACIE OBDOBIE) ZÁKLAD DANE Z PRÍJMU V € (POSLEDNÉ ZDAŇOVACIE OBDOBIE)

ZDRAVOTNÉ PARAMETRE

STE FAJČIAR? ÁNO NIE VÝŠKA (CM) HMOTNOSŤ (KG)

VYKONÁVATE ŠPORT? NIE REKREAČNE BEZ REGISTRÁCIE AMATÉRSKY S REGISTRÁCIOU PROFESIONÁLNE

DRUH ŠPORTU RIZIKOVÝ ŠPORT⁵⁾

PLATÍ PRE VPP 0919 A NOVŠIE

POISTENIE SA NEVZŤAHUJE NA VÝKON ZAMESTNANIA⁶⁾

ŽIADAM VYPOVEDAŤ VŠETKY POISTENIA/PRIPOISTENIA NIŽŠIE UVEDENÝCH POISTENÝCH OSÔB Z POISTNEJ ZMLUVY

PRIEZVISKO, MENO, TITUL RODNÉ ČÍSLO/IČO

PRIEZVISKO, MENO, TITUL RODNÉ ČÍSLO/IČO

AXA linka: +421 2 2929 2929 | e-mail: info@axa.sk | www.axa.sk

AXA životní pojišťovna a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 618 59 524, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2831, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovenská republika



PZ

Nové poistenie/zmena poistenia/zmena rizikovej skupiny

POISTNÍK POISTENÝ

PRIEZVISKO, MENO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO/IČO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

VÝŠKA PRÍJMU

ZAMESTNANEC PRIEMERNÝ HRUBÝ MESAČNÝ PRÍJEM V € (POSLEDNÝ KALENDÁRNY ŠTVRŤROK) BEZ PRÍJMU

SZČO HRUBÝ ROČNÝ PRÍJEM V € (POSLEDNÉ ZDAŇOVACIE OBDOBIE) ZÁKLAD DANE Z PRÍJMU V € (POSLEDNÉ ZDAŇOVACIE OBDOBIE)

PLATÍ PRE VPP 0919 A NOVŠIE

NASLEDUJÚCICH 5 RIADKOV VYPLŇTE LEN V PRÍPADE UZATVORENIA NOVÉHO POISTENIA ALEBO ZMENY RIZIKOVEJ SKUPINY (PODĽA ČLÁNKU 1.12, ODS. 2 PRÍSLUŠNÝCH VPP, KTORÝMI SA TÁTO ŽIADOSŤ RIADI).

ZAMESTNANEC SZČO ZAMESTNANIE

RIZIKOVÁ SKUPINA INÁ ČINNOSŤ⁴⁾ POISTENIE SA NEVZŤAHUJE NA VÝKON ZAMESTNANIA⁶⁾

ZDRAVOTNÉ PARAMETRE

STE FAJČIAR? ÁNO NIE VÝŠKA (CM) HMOTNOSŤ (KG)

VYKONÁVATE ŠPORT? NIE REKREAČNE/AMATÉRSKY PROFESIONÁLNE

DRUH ŠPORTU RIZIKOVÝ ŠPORT⁵⁾

PLATÍ PRE VPP 0818 A STARŠIE

NASLEDUJÚCE ŠTYRI RIADKY VYPLŇTE LEN V PRÍPADE ZMENY RIZIKOVEJ SKUPINY.

ZAMESTNANIE A ODBOR ČINNOSTI INÁ ČINNOSŤ⁴⁾

VYKONÁVATE ŠPORT? NIE REKREAČNE BEZ REGISTRÁCIE AMATÉRSKY S REGISTRÁCIOU PROFESIONÁLNE

NÁZOV ŠPORTU RIZIKOVÝ ŠPORT⁵⁾

REGIONÁLNE SÚŤAŽE CELOŠTÁTNE/MEDZINÁRODNÉ SÚŤAŽE RIZIKOVÁ SKUPINA

Vyplňte kód tarify poistenia/pripoistenia, ktoré bude uzatvorené (nové), zmenené alebo zrušené. V prípade zrušenia pripoistenia sa poistná suma a poistná doba nevyplňa.

KÓD TARIFY/KOMPLETNÝ NÁZOV A KÓD TARIFY	UZATVORENIE			POISTNÁ DOBA (V R.) ⁷⁾	POISTNÁ SUMA V €	POISTNÉ V €
	NOVÉ	ZMENA	ZRUŠENIE			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYPLŇTE LEN V PRÍPADE INVESTIČNÉHO ŽIVOTNÉHO POISTENIA

ŽIADAM O ZACHOVANIE AKTUÁLNEJ VÝŠKY POISTNÉHO NA ZMLUVE POISTNÉ NA ZMLUVE INVESTIČNÉHO ŽIVOTNÉHO POISTENIA PO ZMENE ZA ZVOLENÝ INTERVAL PLATBY V €

Poistník podpisom tejto Žiadosti žiada, aby mu výška poistného v prípade zmeny na zmluve rizikového životného poistenia/životného poistenia s investičným účtom/úrazového poistenia bola oznámená v Dodatku k poistnej zmluve, pričom berie na vedomie, že Dodatok je pre neho záväzný a poistník je povinný platiť poistné v uvedenej výške. Poistník má právo vyjadriť s daným Dodatkom písomný nesúhlas. Zmluvné strany berú na vedomie, že výška poistného a zľavy na poistnom sa vypočítavajú podľa výšky poistnej sumy a ostatných podmienok v súlade s poistnými podmienkami a obchodnými podmienkami poistiteľa pre rizikové životné poistenie/životné poistenie s investičným účtom/úrazové poistenie.

V prípade, že poistník žiada o uzatvorenie nového pripoistenia alebo o zvýšenie poistnej sumy a sú prekročené limity poistných a rizikových súm poistiteľa, nie je možné akceptovať zmenu bez vyplneného Osobného dotazníka, bez súhlasu s nižšie uvedeným Vyhlásením k Osobnému dotazníku alebo bez súhlasu s Vyhlásením o zdravotnom stave poisteného. Pokiaľ poistník žiada v rámci životného poistenia s investičným účtom o zvýšenie poistného a zároveň má uzatvorené pripoistenie oslobodenia od platenia poistného, nie je možné akceptovať zmenu bez vyplneného Osobného dotazníka alebo súhlasu s nižšie uvedeným Vyhlásením k Osobnému dotazníku. Na základe individuálneho posúdenia má poistiteľ právo skúmať zdravotný stav poisteného/poistníka aj v prípade potvrdenia nižšie uvedených vyhlásení.

POISTNÁ DOBA: Ak nie je poistná doba novouzatváraného pripoistenia uvedená, je rovnaká ako poistná doba hlavného poistenia, maximálne však do výstupného veku pre dané pripoistenie, uvedeného v poistnej zmluve. Pripoistenie je možné uzatvoriť, resp. zmeniť jeho poistnú dobu, maximálne na rovnakú poistnú dobu ako hlavné poistenie, nie však dlhšiu, ako je výstupný vek pre dané pripoistenie, uvedený v poistnej zmluve.

Indexácia/valorizácia (len pre zmluvy investičného životného poistenia)

INDEXÁCIA

- DOHODNÚŤ INDEXÁCIU HLAVNÉHO POISTENIA DOHODNÚŤ INDEXÁCIU HLAVNÉHO POISTENIA A ZVOLENÝCH PRIPOISTENÍ
 ZRUŠIŤ INDEXÁCIU ZVOLENÝCH PRIPOISTENÍ ZRUŠIŤ INDEXÁCIU HLAVNÉHO POISTENIA A ZVOLENÝCH PRIPOISTENÍ

VALORIZÁCIA

- DOHODNÚŤ VALORIZÁCIU POISTNÉHO ZA HLAVNÉ POISTENIE ZRUŠIŤ VALORIZÁCIU POISTNÉHO ZA HLAVNÉ POISTENIE

Zmena platby poistného

NOVÝ SPÔSOB PLATBY

- POŠTOVÝM POUKAZOM BANKOVÝM PREVODOM PREVODOM V ZMYSLE PRÍKAZNEJ ZMLUVY (LEN PRE VYBRANÉ PRODUKTY)

POISTNÉ BUDE ZASIELANÉ PRÍKAZOM Z ÚČTU (IBAN)

NOVÝ INTERVAL PLATBY^{a)} (BEŽNÉ POISTNÉ)

- MESAČNÝ ŠTVŔŤROČNÝ POLROČNÝ ROČNÝ

Ostatné zmeny

Vyplňte v prípade, ak žiadate o zrealizovanie technickej zmeny, ktorá nie je zahrnutá v tejto Žiadosti.

Vyhlásenie o zdravotnom stave poisteného

Vyhlásenie o zdravotnom stave poisteného je možné akceptovať len v prípade, ak sú dodržané limity poistných a rizikových súm určené poisťiteľom.

Za posledných 10 rokov som sa nepodrobil/a ani sa nepodrobujem liečbe v súvislosti s nižšie uvedenými problémami a taktiež mi v minulosti nebolo, ani mi v čase podpisu tejto Žiadosti nie je odporúčané vyšetrenie kvôli problémom súvisiacim so srdcom, pľúcami, obličkami alebo poruchami krvného obehu, vysokým krvným tlakom, mozgovou príhodou, cukrovkou, poruchami pečene, vírusom HIV alebo chorobou AIDS, hepatitídou B alebo C, rakovinou, nádormi alebo nádorovým bujnením akéhokoľvek druhu a za obdobie posledných 2 rokov som nebol/a hospitalizovaný/á na obdobie dlhšie ako 7 po sebe nasledujúcich dní, ani netrpím na uvedené choroby. V čase bezprostredne pred podpísaním tejto Žiadosti som nepodstúpil/a žiadne lekárske vyšetrenie, ktorého výsledok nie je ku dňu podpisania tejto Žiadosti známy a neužívam ani som neužíval/a žiadne omamné alebo psychotropné látky.

SÚHLASÍM S VYHLÁSENÍM NESÚHLASÍM S VYHLÁSENÍM (VYPLŇTE OSOBNÝ DOTAZNÍK)

Vyhlásenie k osobnému dotazníku

Vyhlásenie k Osobnému dotazníku je možné akceptovať len v prípade, že:

- predchádzajúci Osobný dotazník zodpovedá aktuálnym skutočnostiam a zároveň
- predchádzajúci Osobný dotazník nie je starší ako 2 roky od podpisu tejto Žiadosti

POISTENÝ/ POISŤNÍK svojím podpisom záväzne vyhlasuje, že v čase podpisu tejto Žiadosti nie je v pravidelnej lekárskej starostlivosti či pod pravidelným lekárske dohľadom v dôsledku úrazu alebo zisteného ochorenia a ani mu lekársky dohľad nebol odporúčaný a že nie je v súčasnosti práceneschopný. Ďalej svojím podpisom potvrdzuje, že posledný Osobný dotazník, ktorý doručil poisťiteľovi, obsahuje aktuálne údaje, ktoré sú v plnom rozsahu identické so skutočným stavom ku dňu podpisu Žiadosti, a že žiadny z týchto údajov nie je zmenený a žiadna zmenená skutočnosť v poslednom Osobnom dotazníku nechýba. Zároveň vyhlasuje, že nemá neobjasnené zdravotné ťažkosti a v najbližšej dobe sa nechystá podstúpiť operáciu. Ďalej svojím podpisom potvrdzuje, že si je vedomý, že uvedenie nepravdivých či neúplných údajov môže mať vplyv na povinnosť poisťiteľa poskytnúť poistné plnenie a poisťiteľ by mohol od poistnej zmluvy odstúpiť.

SÚHLASÍM S VYHLÁSENÍM NESÚHLASÍM S VYHLÁSENÍM (VYPLŇTE OSOBNÝ DOTAZNÍK)

Doplňujúce informácie a vyhlásenia

Udelenie súhlasu poisťníka a poisteného

Poisťiteľ je oprávnený zisťovať a preskúmať zdravotný stav poisteného, a to na základe jeho súhlasu. Za týmto účelom sa môže poisťiteľ obrátiť na lekára, nemocnice a ďalšie zdravotnícke zariadenia, v ktorých bola táto osoba liečená alebo vyšetovaná. Poisťiteľ má ďalej právo nechať vykonať potrebné vyšetrenia lekárom, ktorého sám poverí. Poisťiteľ je tiež oprávnený preskúmať zdravotný stav poisteného pri zmene poistnej zmluvy. Ak bolo v poistnej zmluve alebo pri zmene poistnej zmluvy dohodnuté oslobodenie od platenia poistného, toto oprávnenie poisťiteľa platí v prípade poisťníka obdobne. Poisťník a poistený svojím podpisom udeľujú súhlas na to, aby poisťiteľ, prípadne jeho zmluvný lekár, zisťoval a preskúmaval ich zdravotný stav a oprávňujú a splnomocňujú príslušných zdravotníckych pracovníkov a zariadenia na poskytnutie požadovaných údajov o ich zdravotnom stave (vrátane vyhotovenia a zapožičania lekárske správ a výpisu zo zdravotnej dokumentácie). Ďalej splnomocňujú poisťiteľa nahliadnuť do úradných, lekárske alebo iných podkladov iných poisťiteľov a nahliadnuť do údajov nachádzajúcich sa na jeho osobnom účte vedenom v zdravotných poisťovniach. Tieto osoby týmto zbavujú povinnosti mlčanlivosti poisťiteľom dožiadaných príslušných zdravotníckych pracovníkov a iných poisťiteľov. Tento súhlas udeľujú za účelom uzatvorenia, správy poistenia a likvidácie poistných udalostí, a to aj na dobu po ich smrti. Poisťník a poistený sú povinní na požiadanie poisťiteľa kedykoľvek vystaviť poisťiteľovi alebo ním určenej osobe potrebné plnomocenstvo na nahliadnutie do ich zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj úradne overiť svoj podpis na plnomocenstve, prípadne vykonať iné kroky potrebné na zistenie zdravotného stavu alebo príčiny smrti, pokiaľ tieto informácie môžu mať vplyv na stanovenie výšky poistného rizika, výšky poistného alebo preverovania poistnej udalosti.

Poisťník súhlasí s prípadným navýšením sadzieb poistného za dohodnuté poistenie a pripoistenia pri uzatváraní nového poistenia/pripoistenia, pokiaľ toto navýšenie vyplýva zo zvýšeného poistného rizika poisteného, napr.

v súvislosti s jeho zdravotným stavom, najviac však o 50 % oproti štandardným sadzbám poistného. Zmena sa vykoná tak, aby bola zachovaná výška poistného za hlavné poistenie/poistného na úhradu. V ostatných prípadoch možno zmenu vykonať len s výslovným súhlasom poistníka.

Ochrana osobných údajov

Poistník a poistený, príp. ich zástupcovia svojím podpisom berú na vedomie, že poisťiteľ je oprávnený spracúvať a poskytovať osobné údaje dotknutých osôb a ich poistnej zmluvy slovenským a/alebo zahraničným štátnym orgánom v zmysle a v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov, zákonom o poisťovníctve a zákonom o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutých osôb sú uvedené v poistných podmienkach, v Informáciách o spracúvaní osobných údajov (ISOÚ) a na webovom sídle poisťiteľa.

Poistník a poistený podpisom tejto Žiadosti potvrdzujú, že boli informovaní o tom, že podrobné informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov nájdú na www.axa.sk/osobne-udaje.

Vyhlásenie poistníka/poisteného

Poistník svojím podpisom čestne vyhlasuje a potvrdzuje, že:

- nie je špecifikovanou americkou osobou, v opačnom prípade je povinný vyplniť Čestné vyhlásenie FATCA,
- finančné prostriedky použité na platenie poistného nie sú príjmom z trestnej činnosti podľa zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a sú jeho vlastníctvom.

Poistník/poistený svojím podpisom čestne vyhlasuje a potvrdzuje, že:

- v prípade neoznačenia políčka „Politicky exponovaná osoba“ krížikom na 1. strane tejto Žiadosti, nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- v prípade neoznačenia políčka „Daňový a pobytový nerezident“ krížikom na 1. strane tejto Žiadosti, je daňovým a pobytovým rezidentom v Slovenskej republike.

Poistné podmienky, prílohy a vyhlásenia

Tarifa, ktorá je touto Žiadosťou uzatvorená (nová) sa riadi príslušnými Osobitnými poistnými podmienkami pre úrazové poistenie, Osobitnými poistnými podmienkami pre poistenie pre prípad choroby, Osobitnými poistnými podmienkami pre poistenie pre prípad smrti a Oceňovacími tabuľkami (ďalej tiež len „poistné podmienky“), ktoré upravujú túto tarifu, platnými a účinnými ku dňu podpisu tejto Žiadosti. Poistné podmienky sú súčasťou tejto Žiadosti. Potvrdzujem, že som bol/a s uvedenými poistnými podmienkami oboznámený/á ešte pred podpisom tejto Žiadosti a tiež potvrdzujem prevzatie týchto poistných podmienok a kópie tejto Žiadosti. Som si vedomý/á toho, že poistné podmienky sú tiež k dispozícii u finančného agenta, na obchodných miestach poisťiteľa alebo na webovom sídle poisťiteľa v časti „Životné poistenie/Dokumenty a formuláre životného poistenia“, kde je taktiež zverejnený ich zoznam spolu s dátumom účinnosti. Účinnosť osobitných poistných podmienok je uvedená v ich úvodných ustanoveniach. Účinnosť oceňovacích tabuliek je uvedená v ich názve. Súčasťou tejto Žiadosti sú aj ďalšie dokumenty/prílohy (vyplňte názov prílohy):

OSOBNÝ DOTAZNÍK POISTNÍKA
 OSOBNÝ DOTAZNÍK POISTENÉHO
 NÁVRH ROZSAHU POIST. ZMLUVY
 PRÍLOHA TUM Č. 12/2017
 PRÍLOHA TUM – MAX Č. 12/2017
 ĎALŠIE PRÍLOHY
 POČET PRÍLOH

Poistník a poistený svojím podpisom udeľujú poisťiteľovi a zmluvnej zaistovni súhlas na spracovanie osobných údajov týkajúcich sa ich zdravotného stavu a potvrdzujú pravdivosť, úplnosť a platnosť všetkých údajov na všetkých stranách tejto Žiadosti a to aj v prípade, že ju vypisovala iná osoba. Finančný agent svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu novej poistenej osoby, príp. jej zástupcu vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti).

