

Číslo pojistné smlouvy

MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel);
email: info@maxima-as.cz • **Infolinka:** +420 273 190 400 • **Bankovní spojení:** ČSOB Praha, číslo účtu: 209 855 325 / 0300 - variabilní symbol = č. smlouvy

Stávající osobní údaje

Pojistník Příjmení	Jméno	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice, číslo popisné	PSČ	Obec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem) Příjmení	Jméno	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulice, číslo popisné	PSČ	Obec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Změna osobních údajů

- Změna jména**
 Pojistníka
 Pojištěného
 Příjmení Jméno
- Změna adresy**
 Místa trvalého pobytu (T)
 Kontaktní adresy (K)
 Pojistníka
 Pojištěného
 Ulice, číslo popisné PSČ Obec
 (T)
 (K)
- Změna telefonních čísel, e-mailu**
 Pojistníka
 Pojištěného
 Telefon E-mail
- Změna povolání/sportu** Riziková skupina 1 2 3

Ostatní změny

- Změna obmyšlené osoby**
 Tímto se ruší původně stanovený seznam osob a stanovuje se nový kompletní seznam takto:
 Příjmení, jméno, RČ nebo jen vztah k pojištěnému (dcera apod.) vždy procentním podílem

<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
- Změna frekvence platby**
 měsíčně
 čtvrtletně
 pololetně
 ročně
- Změna způsobu platby**
 příkazem k úhradě
 poštovní poukázkou
 trvalým příkazem
- Změna základního pojištění (pojištění pro případ smrti)**
 Žádám o snížení/zvýšení pojistné částky na Kč s účinností od 1. 201 *
* Změnu lze provést k datu splatnosti dle zvolené frekvence placení

9. Změna připojištění

a) přidání

Připojištění	Typ pojistné částky (konstantní/klesající)	Ind. konec poj.	Pojistná částka (Kč)	Přidat od (datum)*
<input type="checkbox"/> pro případ smrti z jakýchkoliv příčin				
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu				
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě				
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu <input type="checkbox"/> od 0,5 % <input type="checkbox"/> od 10 %				
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu při dopravní nehodě				
<input type="checkbox"/> invalidity <input type="checkbox"/> 1.,2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 3. stupně				
<input type="checkbox"/> velmi vážných onemocnění <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Plus				
<input type="checkbox"/> karcinomu in situ				
<input type="checkbox"/> tělesného poškození následkem úrazu				
<input type="checkbox"/> denního odškodného za dobu léčení úrazu				
<input type="checkbox"/> hospitalizace				
<input type="checkbox"/> pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> od 15. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne zpětně				

*Změnu lze provést k datu splatnosti dle zvolené frekvence placení

V případě přidání připojištění uveďte vykonávané povolání a provozovaný sport:

b) zrušení

Připojištění	Typ pojistné částky (konstantní/klesající)	Ind. konec poj.	Přidat od (datum)*
<input type="checkbox"/> pro případ smrti z jakýchkoliv příčin			
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu			
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě			
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu <input type="checkbox"/> od 0,5 % <input type="checkbox"/> od 10 %			
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu při dopravní nehodě			
<input type="checkbox"/> invalidity <input type="checkbox"/> 1.,2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 3. stupně			
<input type="checkbox"/> velmi vážných onemocnění <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Plus			
<input type="checkbox"/> karcinomu in situ			
<input type="checkbox"/> tělesného poškození následkem úrazu			
<input type="checkbox"/> denního odškodného za dobu léčení úrazu			
<input type="checkbox"/> hospitalizace			
<input type="checkbox"/> pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> od 15. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne zpětně			

*Změnu lze provést k datu splatnosti dle zvolené frekvence placení

c) změna pojistné částky nebo denní dávky u jednotlivých připojištění

Připojištění	Typ pojistné částky (konstantní/klesající)	Ind. konec poj.	Pojistná částka (Kč)	Přidat od (datum)*
<input type="checkbox"/> pro případ smrti z jakýchkoliv příčin				
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu				
<input type="checkbox"/> pro případ smrti následkem úrazu při dopravní nehodě				
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu <input type="checkbox"/> od 0,5 % <input type="checkbox"/> od 10 %				
<input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu při dopravní nehodě				
<input type="checkbox"/> invalidity <input type="checkbox"/> 1.,2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 2. a 3. stupně <input type="checkbox"/> 3. stupně				
<input type="checkbox"/> velmi vážných onemocnění <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Plus				
<input type="checkbox"/> karcinomu in situ				
<input type="checkbox"/> tělesného poškození následkem úrazu				
<input type="checkbox"/> denního odškodného za dobu léčení úrazu				
<input type="checkbox"/> hospitalizace				
<input type="checkbox"/> pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> od 15. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne <input type="checkbox"/> od 29. dne zpětně				

*Změnu lze provést k datu splatnosti dle zvolené frekvence placení

V případě změny pojistných částek je nutné dodržet stanovená pravidla (např. zdravotní dotazník, výpis ze zdravotní dokumentace apod.)

10. Změna u dětských připojištěnía) přidání dítěte/děti odebrání

Příjmení, jméno

Rodné číslo

b) změna přidání zrušení pojistné částky nebo denní dávky u dětských pojištění

Připojištění	Přidat od (datum)	Pojistná částka (Kč)	Zrušit k (datum)
pro případ smrti			
pro případ smrti úrazem			
velmi vážných onemocnění			
trvalých následků úrazu			
tělesného poškození následkem úrazu			
denního odškodného			
hospitalizace			

Identifikace

Pojistník Totožnost pojistníka ověřena dle průkazu totožnosti:Druh průkazu Číslo Vydaný kým Platný do **Pojištěný (není-li) zároveň pojistníkem** Totožnost pojistníka ověřena dle průkazu totožnosti:Druh průkazu Číslo Vydaný kým Platný do **Zástupce pojistitele**

Příjmení a jméno osoby pověřené sjednáním pojištění

Identifikační číslo

Kontaktní telefon

V

Podpis pojistníka

Podpis pojištěného

Podpis zástupce pojistitele

dne