

# Návrh na změnu pojistné smlouvy

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

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

## 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.	Zrušit 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)	Změnit 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/dětí  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