

Číslo pojistné smlouvy

ÚČASTNÍCI POJIŠTĚNÍ

Pojistitel

MAXIMA pojišťovna, a. s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314
e-mail: info@maxima-as.cz • **Infolinka:** +420 273 190 400 • **Bankovní spojení:** 293790789 / 0300, variabilní symbol = č. smlouvy

Pojistník

Titul (před jménem)	Jméno	Příjmení	Titul (za jménem)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RČ / Datum narození	Pohlaví	Telefon	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu Ulice, číslo popisné / orientační		Obec	PSČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa Ulice, číslo popisné / orientační		Obec	PSČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doklad totožnosti	Číslo dokladu	Datum platnosti dokladu	Vydal (stát)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEP ¹	Zdroj příjmů	Účel obchodu	Místo narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Politicky Exponovaná Osoba je fyzická osoba, která je nebo byla ve významné veřejné funkci s celostátním nebo regionálním významem, jako je zejména člen parlamentu, člen řídicího orgánu politické strany, vedoucí představitel územní samosprávy aj. dle definice zákona 253/2008 Sb.

Změna osobních údajů²

OZNÁMENÍ ZMĚNY ÚDAJŮ Pojistníka Pojištěného RČ

Titul (před jménem)	Jméno	Příjmení	Titul (za jménem)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RČ / Datum narození	Pohlaví	Telefon	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu Ulice, číslo popisné / orientační		Obec	PSČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa Ulice, číslo popisné / orientační		Obec	PSČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Povolání	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sport	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PŘIDAT POJIŠTĚNÉHO	<input type="checkbox"/> ODEBRAT POJIŠTĚNÉHO	RČ	<input type="text"/>

² Změna osobních údajů se promítne do všech platných pojistných smluv uzavřených s pojišťovnou Maxima a.s.

Změna obmyšlené osoby

PRO POJIŠTĚNÉHO RČ

určená jménem (jméno, příjmení, datum narození, podíl)

neurčuji (Při smrti pojištěného mají nárok na pojistné plnění osoby uvedené v ustanovení § 2831 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník)

Změna placení

FREKVENCE měsíčně čtvrtletně pololetně ročně

Změna pojištění

 ZMĚNIT POJIŠTĚNÍ PRO POJIŠTĚNÉHO RČ³
 SJEDNAT POJIŠTĚNÍ PRO POJIŠTĚNÉHO RČ³

Název a varianta pojištění		Sjednat pojistná částka	Změnit pojistná částka	Zrušit	Pojistná doba
Smrt z jakýchkoliv příčin	Konstantní				
	Klesající				
Smrt následkem úrazu	Konstantní				
	Klesající				
Smrt následkem úrazu při dopravní nehodě	Konstantní				
	Klesající				
Trvalé následky úrazu s progresí – plnění od 0,5 %	Konstantní				
	Klesající				
Trvalé následky úrazu s progresí – plnění od 10 %	Konstantní				
	Klesající				
Trvalé následky úrazu při dopravní nehodě s progresí plnění od 0,5 %	Konstantní				
	Klesající				
Tělesné poškození následkem úrazu	Konstantní				
	Klesající				
Invalidita 1., 2., a 3. stupně	Konstantní				
	Klesající				
Invalidita 2., a 3. stupně	Konstantní				
	Klesající				
Invalidita 3. stupně	<input type="checkbox"/> nemoc nebo úraz <input type="checkbox"/> pouze úraz	Konstantní			
		Klesající			
Invalidita 2. stupně	<input type="checkbox"/> nemoc nebo úraz <input type="checkbox"/> pouze úraz <small>Lze použít výhradně pro verze produktu MaxEfekt 5.0 a vyšší</small>	Konstantní			
		Klesající			
Invalidita 1. stupně	<input type="checkbox"/> nemoc nebo úraz <input type="checkbox"/> pouze úraz <small>Lze použít výhradně pro verze produktu MaxEfekt 5.0 a vyšší</small>	Konstantní			
		Klesající			
Velmi vážná onemocnění – standard	Konstantní				
	Klesající				
Velmi vážná onemocnění – plus	Konstantní				
	Klesající				
Karcinom in situ	<small>Nelze použít pro verze produktu MaxEfekt 5.0 a vyšší.</small>	Konstantní			
		Klesající			
Denní odškodné za úraz s progresí	<input type="checkbox"/> od 8. dne zpětně <input type="checkbox"/> od 15 dne zpětně	Denní dávka			
Hospitalizace	<input type="checkbox"/> nemoc nebo úraz <input type="checkbox"/> pouze úraz	Denní dávka			
Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> od 15. dne	Denní dávka			
	<input type="checkbox"/> od 29. dne				
	<input type="checkbox"/> od 29. dne s výplatou zpětně				
	<input type="checkbox"/> od 50. dne				
Smrt dítěte z jakýchkoliv příčin	Konstantní				
	Konstantní				
Smrt dítěte následkem úrazu	Konstantní				
Trvalé následky dítěte úrazu s progresí – plnění od 0,5%	Konstantní				
Invalidita 3. stupně nebo snížená soběstačnost dítěte	Konstantní				
Velmi vážná onemocnění dítěte	Konstantní				
Denní odškodné dítěte za úraz od 8 dne zpětně	Denní dávka				
Hospitalizace dítěte	Denní dávka				

³ Při přidání pojištěného na pojistnou smlouvu nebo při zvýšení expozice pojistného rizika je povinnost vyplnit zdravotní dotazník.

Přijme-li pojistitel návrh pojistníka na výše uvedené změny pojištění, jsou tyto změny účinné od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel návrh pojistníka na změnu přijal. Tj. od data „Účinnosti změny“ uvedeného v písemném potvrzení pojistitele o přijetí změny. Lhůta pro přijetí návrhu pojistníka na změnu pojištění je stanovena na 3 měsíce od data jeho doručení na adresu sídla pojistitele.

Za nepřijetí návrhu je považována i ta skutečnost, že pojistitel písemně na tento návrh nereaguje ve stanovené lhůtě.

Zmocnění pojistitele

Pojistník a pojištěný svým níže uvedeným podpisem udělují pojistiteli v souladu s občanským zákoníkem zmocnění k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěními sjednanými předmětnou pojistnou smlouvou, zejména v případě pojistné události požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy. Zmocnění nezaniká smrtí pojistníka, pojištěných ani zákonného zástupce pojištěných dětí.

Prohlášení pojistníka, pojištěného a zákonného zástupce ke zpracování osobních údajů

Prohlašuji, že

- a) jsem byl před podpisem žádosti o změnu pojištění seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů;
- b) po seznámení s informacemi o zpracování osobních údajů a před podpisem žádosti o změnu pojištění mně byl dán dostatečný časový prostor pro vlastní seznámení se s informacemi o zpracování osobních údajů a pro zodpovězení všech mých případných dotazů;
- c) beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že informace o zpracování osobních údajů jsou a budou každému účastníkovi pojištění k dispozici na internetových (webových) stránkách pojistitele na adrese www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju nebo na vyžádání účastníka pojištění u pojišťovacího zprostředkovatele, který za pojistitele podepsal tuto žádost o změnu pojištění, anebo na obchodním místě pojistitele.

Prohlášení k žádosti o změnu pojištění

1. Prohlašuji, že jsem byl v dostatečné době před podpisem žádosti o změnu pojištění seznámen se všemi podstatnými informacemi týkajícími se sjednávaných pojištění, zejména:
 - a) s pojistnými podmínkami, kterými se sjednává pojištění řídí,
 - b) s dalšími podmínkami pojištění a rozsahem pojištění, zejména prostřednictvím dokumentu „Předmluvní informace“.
2. Prohlašuji, že jsem byl v dostatečné době před podpisem žádosti o změnu pojištění podrobně seznámen se všemi vybranými ustanoveními pojistných podmínek, zvláště jejich barevně označených částí a znění výluk která by mohla být považována za ustanovení neočekávaná ve smyslu § 1753 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a souhlasím s nimi.
3. Prohlašuji, že jsem v dostatečné době před podpisem žádosti o změnu pojištění dostal na výběr, zda chci zákonné informace a pojistné podmínky, kterými se sjednává pojištění řídí a se kterými jsem byl seznámen, obdržet v listinné nebo elektronické podobě prostřednictvím e-mailové adresy uvedené v pojistné smlouvě. Potvrzuji, že jsem si zcela dobrovolně zvolil poskytnutí obsahu pojistných podmínek v elektronické podobě. Dále souhlasím s tím, aby mi také informace o pojistiteli, pojištění, pojišťovacím zprostředkovateli a případně záznam z jednání o změně pojištění, byly během trvání pojištění namísto v listinné podobě poskytovány (ať už pojistitelem či pojišťovacím zprostředkovatelem) e-mailem na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě. Zároveň beru na vědomí, že pokud o to požádám, budou mi tyto informace poskytnuty také v listinné podobě. Potvrzuji, že pojistné podmínky považuji za nedílnou a závaznou součást pojistné smlouvy.
4. Prohlašuji, že jsem v dostatečné době před podpisem žádosti o změnu pojištění obdržel od pojišťovacího zprostředkovatele Záznam z jednání, včetně všech jeho příloh.
5. Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou pravdivé a úplné, že jsem nezamlčel žádné důležité údaje, které mi jsou nebo mohou být známi a zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit pojistiteli jejich změnu.

Zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem pojištěného nezletilého a jsem oprávněn pro pojištěného sjednat uvedená pojištění.

Údaje o zprostředkovateli pojištění

Název společnosti	Sídlo společnosti	IČO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno	Příjmení	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon		
<input type="text"/>		
Sjednatelské číslo	Sjednatelské číslo u Maxima pojišťovny	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Prohlašuji, že jsem zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojistníka z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je v této pojistné smlouvě uveden.

Podpisy smluvních stran

Žádost o změnu podepsána dne

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele

Podpis pojistníka

Podpis pojištěného (zákonného zástupce)