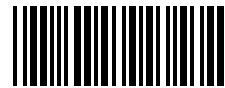


# Žádost o změnu v pojistné smlouvě u investičního životního pojištění nebo pojištění s vedením účtu

Číslo pojistné smlouvy



Produkt:

## A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika  
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

## B. POJISTNÍK

<sup>1)</sup> Není-li vyplněno, platí státní občanství / stát narození / stát ČR.  
<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem X (platí i v ostatních ujednáních s možností více variant).  
<sup>3)</sup> Je-li označeno křížkem X Ano, vyplňte formulář Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby Vo-118 nebo formulář Identifikace a základní kontrola klienta - právnické osoby Vo-131. Bližší informace naleznete na internetových stránkách pojistitele.

Rodné číslo / IČO	Příjmení/Název	Jméno	Titul
<input type="checkbox"/> jiné státní občanství než ČR, jaké? _____	Občanský průkaz ČR nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát)	Platnost průkazu do	Místo, stát narození <sup>1)</sup>
<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Pohlaví <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Adresa trvalého pobytu / bydliště či sídla	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) Ano	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <sup>3)</sup> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>3)</sup>	
Prostředky elektronické komunikace	E-mail	Mobilní telefon	Telefon

## C. DRUHÝ ZMĚN (nelze provádět zpětně)

<sup>4)</sup> V případě, že nová pojistná částka je nižší než povolené minimum, bude pojistná částka automaticky upravena na minimální možnou výši.  
<sup>5)</sup> Požaduje-li pojistník pojistné období 1 měsíc a zároveň má sjednaný způsob platby poštovní poukázkou nebo příkazem k úhradě s připomenutím platby, bude automaticky nastaven způsob placení trvalým příkazem.  
<sup>6)</sup> Není-li vyplněno, platí rodné číslo v oddílu B. POJISTNÍK.  
<sup>7)</sup> Není-li v žádosti označeno křížkem X Ano, považuje se varianta jako klientem nepožadovaná (neplatná).  
<sup>8)</sup> Při zvýšení pojistných částek nebo při sjednání doplňkového/rizikového pojištění musí být součástí této žádosti dotazník na zdravotní stav pojištěného (tiskopis Vo-112), mezi datem sepsání (doručení) zdravotního dotazníku a účinností změny nesmí uplynout více než 2 měsíce.

<input type="checkbox"/> Zaplacení mimořádného pojistného	Výše mimořádného pojistného, které bude zasláno na účet pojistitele		
<input type="checkbox"/> Přesun podílových jednotek stávajícího portfolia z	Přesun z fondu	Přesun do fondu	Přesun v %
1. <input type="checkbox"/> běžného účtu <input type="checkbox"/> mimořádného účtu (jen u 3 BN)			
2. <input type="checkbox"/> běžného účtu <input type="checkbox"/> mimořádného účtu (jen u 3 BN)			
3. <input type="checkbox"/> běžného účtu <input type="checkbox"/> mimořádného účtu (jen u 3 BN)			
<input type="checkbox"/> Změna alokačního poměru pro budoucí běžné pojistné (celkem 100%)	Fond	Alokační poměr %	
		3.	
1.		4.	
2.		5.	
<input type="checkbox"/> Změna pojistné částky základního pojištění pro případ smrti <sup>4)</sup>	Nová pojistná částka	<input type="checkbox"/> Změna pojistných období (nová frekvence placení pojistného)	<input type="checkbox"/> 1 měsíc (měsíční) <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> 3 měsíce (čtvrtletní) <input type="checkbox"/> 6 měsíců (pololetní) <input type="checkbox"/> 12 měsíců (roční)
<input type="checkbox"/> Změna běžného pojistného za pojistné období	Nové pojistné	<input type="checkbox"/> Přechod do stavu bez placení pojistného	<input type="checkbox"/> současně zrušení všech doplňkových/rizikových pojištění
<input type="checkbox"/> Změna rizikové skupiny (RS)	Rodné číslo osoby, u které žádáte o změnu <sup>6)</sup>	Změna RS Původní RS	Nová RS <input type="checkbox"/> Zvýšené riziko <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zaměstnání / sportovní činnost
<input type="checkbox"/> Jiné technické změny			

## D. DALŠÍ ZMĚNY (nelze provádět zpětně)

<sup>9)</sup> Účinky má jen žádost, kterou pojistitel obdržel. Den obdržení žádosti pojistitelem není vždy totožný se dnem jejího vyplnění (sepsání).  
<sup>10)</sup> Formulář musí podepsat každý pojištěný, jehož se týká některá z požadovaných změn.

<input type="checkbox"/> Změna doplňkového/rizikového pojištění – sjednání, zrušení, změna pojistných částek <sup>8)</sup>	Rodné číslo osoby, u které žádáte o změnu <sup>9)</sup>						
Přílohy k životnímu pojištění PERSPEKTIVA 7 BN <span style="float: right;">S7BN202005A</span>							
O-901/20 Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob	O-963/20 Zvláštní pojistné podmínky pro životní pojištění PERSPEKTIVA	O-923/20 Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění	O-936/20 Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ nemoci	O-954/20 Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ invalidity	O-934/20 Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ zajištění zdravotní péče	Přehled poplatků a parametrů pojištění	Oceňovací tabulky
Přílohy k životnímu pojištění obdržíte od ziskatele, který s Vámi žádost sepsal. Pokud vyplňujete žádost bez pomoci ziskatele, můžete tímto požádat o zaslaní uvedených příloh: <input type="checkbox"/> v tištěné formě <input type="checkbox"/> na CD							

## E. KONTROLA POJISTNÍKA

Tento oddíl je nutné vyplnit vždy, při jakémkoliv požadované změně v pojistné smlouvě.  
Křížkem X lze označit více možností současně.

Zaměstnání/povolání nebo předmět podnikání pojistníka:

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí:  ze závislé činnosti,  z podnikání,  
 jiné (konkrétně): \_\_\_\_\_

Pokud vedle pojistné ochrany a investice sledujete provedením obchodu další účel ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, prosím, uveďte jej: \_\_\_\_\_

## F. SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Tato žádost je návrhem pojistníka na změnu v pojistné smlouvě. Přijme-li pojistitel návrh na změnu, provede změnu bez zbytečného odkladu po obdržení žádosti, přičemž datum účinnosti se řídí příslušnými pojistnými podmínkami. Pojistník si je vědom, že v případě změny u životního pojištění PERSPEKTIVA 7 BN specifikované v oddílu D. DALŠÍ ZMĚNY se pojistná smlouva bude nadále řídit zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a přílohami k životnímu pojištění PERSPEKTIVA 7 BN, které jsou uvedeny v oddílu D. (výčet změn oproti pojistným podmínkám platným pro pojištění, které se řídí zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, je zveřejněn na internetových stránkách pojistitele). Pojistník prohlašuje a svým podpisem stvrzuje, že byl s těmito smluvními ujednáními a přílohami seznámen a že s nimi souhlasí. Pojistník bere na vědomí, že v souvislosti se změnou sjednaného pojištění, o kterou pojistitele požádal a která nastane po nabytí účinnosti právních předpisů upravujících rovné zacházení a právní prostředky ochrany před diskriminací, stanoví pojistitel novou výši běžného pojistného podle výpočetních podkladů, které po změně pojištění platí ke dni vystavení dodatku k pojistné smlouvě o této změně. Tyto výpočetní podklady již nezávisí na pohlaví pojištěného. Stejně tak výše poplatků za změněné základní či rizikové, resp. doplňkové pojištění je od data účinnosti změny stanovena jednotně pro muže i ženy, viz příslušný platný Přehled poplatků a parametrů pojištění. Pojistník dále prohlašuje a svým podpisem stvrzuje, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, správné a úplné.

Pojistník potvrzuje, že titul, jméno, příjmení / název, adresa jeho trvalého pobytu / bydliště či sídla a kontakty elektronické komunikace uvedené v tomto oznámení jsou aktuální, a souhlasí, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých je pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv.

U pojištění PERSPEKTIVA 6 BN a PERSPEKTIVA 7 BN platí, že zemře-li nebo zanikne-li bez právního nástupce pojistník, který je osobou odlišnou od hlavního pojištěného, vstupuje do pojištění namísto pojistníka hlavní pojištěný.

**Prodloužení pojistné doby**  
Není-li uvedeno jinak, pak při žádosti klienta o prodloužení pojistné doby u pojištění PERSPEKTIVA 7 BN dojde k prodloužení základního pojištění i všech rizikových pojištění všech pojištěných osob, a to nejvýše do věku pojištěného, který je dle příslušných pojistných podmínek maximální pro zánik daného pojištění. Prodloužení pojistné doby se však nedotkne rizikových pojištění, která mají nastaveny vlastní věk konce pojištění odlišný od konce pojistné doby základního pojištění.

**Změna rizikové skupiny**  
Ujednává se, že změna rizikové skupiny a rizikové činnosti se vztahuje na všechny platné pojistné smlouvy klienta a v závislosti na této změně může být přepočítáno pojistné u všech pojistných smluv klienta.

**Změna doplňkového / rizikového pojištění**

U pojištění pro případ pracovní neschopnosti je možné změnit / zvolit karenční dobu 14, 28 nebo 42 dní a u pojištění pro případ denního odškodného za následky úrazu (pouze u pojištění 7 BN) je možné změnit / zvolit karenční dobu 7, 28 nebo 42 dní. Nemá-li karenční doba uvedena, nebo je-li uvedena jinak, platí stávající karenční doba (jedná-li se o změnu pojištění), resp. platí nejnižší karenční doba nabízená pojistitelem pro dané pojištění (jedná-li se o sjednání pojištění).

U pojištění PERSPEKTIVA 7 BN je možné změnit / zvolit věk konce rizikového pojištění. Nemá-li zvolen, platí stávající věk konce daného pojištění (jedná-li se o změnu pojištění), resp. platí, že rizikové pojištění se sjednává do věku pojištěného, který je v příslušných pojistných podmínkách uveden jako maximální pro zánik daného pojištění, nejpozději však do konce základního pojištění (jedná-li se o sjednání pojištění). Pojištění pro případ zajištění zdravotní péče se vždy sjednává do konce základního pojištění. Pojištění pro případ ošetřování dítěte se vždy sjednává nejdéle do věku 11 let. U pojištění 7 BN je možné změnit / zvolit variantu pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresí, nebo bez progresu a procento trvalých následků, od kterých pojistitel poskytne pojistné plnění, a to 0,1 %, 10,1 %, nebo 25,1 %. Nebude-li zvoleno, nebo bude zvoleno jinak, platí stávající varianta plnění (jedná-li se o změnu pojištění), resp. platí varianta progresivního plnění od 0,1 % (jedná-li se o sjednání pojištění).

U pojištění 7 BN je možné u některých pojištění změnit / zvolit pojistnou částku buď konstantní, lineárně klesající, nebo anuitně klesající. Nebude-li zvoleno, nebo bude zvolena jiná varianta, než je v nabídce pojistitele, nebo bude zvoleno anuitní klesání bez udání procenta poklesu, platí stávající pojistná částka (jedná-li se o změnu pojištění), resp. platí pojistná částka s lineárním poklesem (jedná-li se o sjednání pojištění).

**Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí**

Neposkytneme pojistné plnění ani jiné plnění či služby z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba znamenaly porušení mezinárodních sankcí, obchodních nebo ekonomických sankcí či finančních embarg, vyhlášených za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu. Za tyto sankce a embarga se považují zejména sankce a embarga Organizace spojených národů, Evropské unie a České republiky. Dále také Spojených států amerických za předpokladu, že neodporují sankcím a embargům uvedeným v předchozí větě.

**G. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou bodu 1.3, který se na Vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojistovně Kooperativa“.

**Informace o zpracování osobních údajů pojistníka****1.1 Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojistitele**

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel:

- pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy nebo její změny, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na základě **oprávněných zájmů** pojistitele. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**1.2 Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**1.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY**

Pojistník se zavazuje informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od pojistníka, každého obmyšleného a případně další osoby, které uvedl v pojistné smlouvě, o zpracování jejich osobních údajů.

**Informace o zpracování osobních údajů pojištěného****SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ**

Pojistitel bude s Vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se Vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu (dále jen „údaje o zdravotním stavu“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, nebo její změny, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojistitel zpracovávat údaje, které mu poskytnete v souvislosti s touto pojistnou smlouvou, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od Vás získal v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření nebo změny pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojistitel předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss RE Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojistovně Kooperativa“.

**SOUHLASÍM****ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU**

Zpracování údajů o Vašem zdravotním stavu a genetických údajů bez Vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovává v nezbytném rozsahu údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

**Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele**

Pojistník bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Pojistník bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Informace o zpracování osobních údajů zástupce pojistníka nebo pojištěného****Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojistitel zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Podpísem této žádosti potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasu se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která Vám v této souvislosti náleží.**

Datum vyplnění žádosti<sup>9)</sup>

20

Požadované datum účinnosti

20

Podpis pojistníka

Jméno, příjmení / název a podpis ziskatele

Podpisy pojištěných / zákonných zástupců (s uvedením vztahu)<sup>10)</sup>

Získatelské číslo

Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikovaných osob dle předložených průkazů totožnosti.

# Zásady používání formuláře

- ▶ Prostřednictvím tohoto formuláře pojistník žádá o pojistnětechnickou změnu v pojistné smlouvě investičního nebo úctového pojištění. Pojistnětechnické změny se provádějí ke stávající pojistné smlouvě po oboustranné dohodě pojistitele a pojistníka, případně způsobem uvedeným v pojistných podmínkách vztahujících se k příslušnému typu pojištění.
- ▶ Tento formulář je možno použít k nahlášení:
  - › jedné změny v jedné pojistné smlouvě,
  - › více změn v jedné pojistné smlouvě.
- ▶ Číslo pojistné smlouvy se uvádí do kolonky „Číslo pojistné smlouvy“ v záhlaví formuláře.
- ▶ Oddíl E. KONTROLA POJISTNÍKA je nutné vyplnit vždy, při jakékoliv požadované změně v pojistné smlouvě.
- ▶ Všechny údaje v záhlaví formuláře jsou povinné.
- ▶ Propisovací formulář je tvořen originálem, první a druhou kopií. Originál a všechny kopie je nutné opatřit podpisem pojistníka (event. pojištěného), jménem a podpisem ziskatele s jeho identifikací.
- ▶ Originál ziskatel předá standardním postupem pojistiteli. Pojistník obdrží první kopii formuláře, ziskatel druhou kopii.
- ▶ Totožnost/identifikaci pojistníka ověří ziskatel na základě předloženého platného průkazu totožnosti (občanský průkaz nebo pas).
- ▶ Jestliže bude žádost o změnu ze strany pojistitele zamítnuta, bude pojistník písemně informován. V opačném případě bude pojistník informován až po provedení změny v provozním systému.

## Investiční pojištění

- ▶ Změna alokačního poměru: součet % musí být vždy 100%, vztahuje se pouze na budoucí přijaté pojistné.
- ▶ Zaplacení mimořádného pojistného: mimořádné pojistné bude zaúčtováno dle platného alokačního poměru, nebo dle uvedeného specifického symbolu platby. Chce-li pojistník zvolit jiný alokační poměr, může jej uvést v kolonce pro jiné technické změny. Je-li mimořádné pojistné vyšší než 375 000 Kč, je nutné provést základní kontrolu klienta, a to pomocí:
  - › oddílu E. KONTROLA POJISTNÍKA, pokud pojistníkem je fyzická osoba,
  - › formuláře „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“ (tiskopis č. Vo-118) v ostatních případech - např. pojistník je zastoupen zmocněncem na základě plné moci,
  - › formuláře „Identifikace a základní kontrola klienta - právnické osoby“ (tiskopis č. Vo-131) pokud je pojistníkem právnická osoba.
- ▶ Změna doplňkového/rizikového pojištění: vyplňte rodné číslo pojištěné osoby, pro kterou žádáte změnu a specifikujte volbu pojištění názvem a pojistnou částkou / důchodem (příp. variantou a věkem konce pojištění).
- ▶ **Při změně v oddílu D. DALŠÍ ZMĚNY u pojištění PERSPEKTIVA 7 BN je vždy nutné předat pojistníkovi příslušné přílohy k životnímu pojištění PERSPEKTIVA.**

## Úctové pojištění

- ▶ Zaplacení mimořádného pojistného: Je-li mimořádné pojistné vyšší než 375 000 Kč, je nutné provést základní kontrolu klienta, a to pomocí:
  - › oddílu E. KONTROLA POJISTNÍKA, pokud pojistníkem je fyzická osoba,
  - › formuláře „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“ (tiskopis č. Vo-118) v ostatních případech - např. pojistník je zastoupen zmocněncem na základě plné moci,
  - › formuláře „Identifikace a základní kontrola klienta - právnické osoby“ (tiskopis č. Vo-131) pokud je pojistníkem právnická osoba.
- ▶ Přesun podílových jednotek není možný.
- ▶ Změna alokačního poměru není možná.
- ▶ Změna běžného pojistného za pojistné období se týká základního pojištění.
- ▶ Změna pojistné částky pro případ smrti je možná pouze u produktu 2 BN.
- ▶ Změna doplňkového/rizikového pojištění: platí pro pojištění podle sazby 2 BN nebo 81 DV (pojištění 21 BN nedovoluje sjednat doplňkové ani rizikové pojištění), vyplňte rodné číslo pojištěné osoby, pro kterou žádáte změnu a specifikujte volbu pojištění názvem a pojistnou částkou / důchodem (příp. variantou).
- ▶ V odstavci Souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu a genetických údajů je nutné vyznačit souhlas, jinak nebude možné změnu v pojistné smlouvě provést.