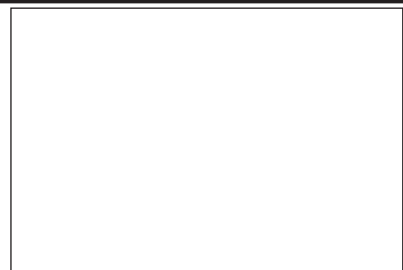




**ČESKÁ
POJIŠŤOVNA**

**Žádost o provedení změny
v KOMBInovaném vkladovém pojištění**



RČ/IČ pojistníka

ZAD-KOM Verze 02

Druh

Číslo pojistné smlouvy

Agentura ČP/správy

Změnu proveďte k datu splatnosti)

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04, Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“)

Žadatel pojistník pojištěný osoba žádající o pojistné plnění)

Příjmení/Název firmy

Jméno Titul

Rodné číslo/IČ

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon Fax

E-mail

Změna osobních údajů

Změna jména³⁾ pojistníka pojištěného pojištěného dítěte

Příjmení/Název firmy Jméno

Změna adresy/sídla firmy³⁾

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Změna rodného čísla/IČ na: Rodné číslo/IČ

Změna oprávněné⁴⁾/obmyšlené⁵⁾ osoby³⁾

Při smrti pojištěného má právo na plnění (jméno a datum narození nebo vztah k pojištěnému – „manžel“, „manželka“, „děti“, „rodiče“, „sourozenci“)

Souhlasím se změnou oprávněné⁴⁾/obmyšlené⁵⁾ osoby ANO NE

Podpis pojištěného

Změny v pojištění

Složka Smrt (pouze u KOMBIn-D³⁾) zavést změnit zrušit

Nová pojistná částka Kč slovy:

Zvýšení návratného vkladu o Kč na výši Kč

Snížení návratného vkladu o Kč na výši Kč

Složka Smrt/Závažné onemocnění (pouze u KOMBIn-D³⁾) zavést změnit zrušit

Nová pojistná částka Kč slovy:

Zvýšení návratného vkladu o Kč na výši Kč

Snížení návratného vkladu o Kč na výši Kč

Složka Dožití³⁾ zavést změnit zrušit



* TC89327002020 *

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele
zastupujícího Českou pojišťovnu a.s.
na základě plné moci
Podpis zaměstnance České pojišťovny a.s.*



