

NÁVRH POJISTNÍKA NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY – Kapitálové životní pojištění, samostatné úrazové pojištění, Term, Invest, Garant, MultiLife, Futurum, Pohoda, VariaLife

MetLife Europe d.a.c.
Irská společnost s reg. č. 415123
20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko
MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku
Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206
Zapsaná v OR vedeném MS v Praze | sp. zn. A77032
tel. 227 111 000 | info@metlife.cz | www.metlife.cz

Číslo pojistné smlouvy _____

Formulář, prosíme, vyplňte ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou) nebo elektronicky.

1. Pojistník

Jméno a příjmení pojistníka			Rodné číslo		
Místo narození (město, stát)	Státní příslušnost	Telefon	E-mail		
Místo trvalého nebo jiného pobytu (nejde-li o občana ČR)					PSČ

2. Změna pojistné smlouvy

1. Změna jména (k provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu jména!)

Pojištěný _____ Pojistník (plátce pojistného) _____

Nová adresa _____ PSČ _____

2. Změna adresy pro doručování

3. Změna oprávněné/obmyšlené osoby **Neurčuji** (budou stanoveny podle příslušného právního předpisu, tj. z.č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě nebo Občanského zákoníku).

Určuji jménem:

Jméno a příjmení/název právnické osoby	Datum narození a RČ	Podíl	Vztah	Podíl
_____	_____	_____	_____ manžel/manželka	_____
_____	_____	_____	_____ otec	_____
_____	_____	_____	_____ matka	_____
_____	_____	_____	_____ rodiče	_____
_____	_____	_____	_____ děti	_____
_____	_____	_____	_____ registrovaný partner/partnerka	_____

(Vyberte pouze jednu z možností určení oprávněných/obmyšlených osob).

4. Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění Frekvence placení u příspěvků zaměstnavatele ročně pololetně čtvrtletně měsíčně

odebrání přidání změna výše příspěvku výše příspěvku _____ Kód + IČ _____

výše pojistného beze změny pojistné navýšit o příspěvek zaměstnavatele celkové nové pojistné (splátka) _____ Kč

Název a adresa společnosti, kontaktní osoba, telefon, email _____

5. Změna pojistníka (plátce pojistného). V případě životního pojištění s připojištěním W/ZPR2 (zproštění od placení pojistného) nebo CPA (pojištění ve prospěch dítěte) vyplňte, prosím i formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“ pro nového pojistníka.

Celkový hrubý příjem za předchozí zdaňovací období od všech zaměstnavatelů _____ Kč

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného) _____ Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor) _____

Rodné číslo	Státní příslušnost	Datum narození	Vztah k pojištěnému
-------------	--------------------	----------------	---------------------

Adresa pro doručování _____ PSČ _____

6. Změna frekvence placení splátek na běžné pojistné ročně pololetně čtvrtletně měsíčně

7. Změna pojistné doby u životního pojištění. V případě prodloužení pojistné doby či zvýšení pojistné ochrany vyplňte také formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/pojištěných dětí“ a uveďte Váš hrubý roční příjem!

na _____ let do věku _____ let hrubý roční příjem _____ Kč

8. Změna pojistné částky u základního životního pojištění zvýšení (je třeba zdravotní dotazník) snížení na _____ Kč

9. Změna pojistného u základního životního pojištění zvýšení pojistného snížení pojistného na _____ Kč

V případě zvýšení běžného pojistného u produktů Invest, Garant, MultiLife, Futurum a VariaLife sjednávám, že navýšená část pojistného bude alokována podle pravidel uvedených v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách pro pojistné v počátečních letech trvání pojištění. To znamená, že investovatelná část pojistného (alokační procento) bude:

Produkt	Invest, Garant, Futurum	MultiLife, VariaLife	
Zbývající pojistná doba	jakákoli	20 let a méně	21 let a více
Alokační % pro navýšení pojistného	v 1. roce od sjednání 30 %; ve 2. roce 60 %; ve 3. a dalším roce 100 %	v 1. a 2. roce od sjednání 30 %; ve 3. a dalším roce 100 %	

10. Změna v připojištěních ukončení doložky o indexaci * odebrání pojistné ochrany přidání pojistné ochrany (je třeba zdravotní dotazník)

* určete, zda se jedná o: 1) odmítnutí doložky o indexaci (zastavení navýšování); 2) odkoupení spořicí složky doložky o indexaci

Podpis pojistníka



0212094A0490724

Originál – MetLife

Strana 1/2

3. Požadavky, cíle a potřeby zákazníka (pojistníka)

Požadavky, cíle, potřeby zákazníka (pojistníka) související s daným pojištěním:

Poradce na základě analýzy doporučuje klientovi (pojistníkovi):

A to z důvodu:

Klient (pojistník) s doporučením souhlasí nesouhlasí

Dle ust. § 77 zák. č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, je distributor povinen před sjednáním nebo podstatnou změnou pojištění získat od zákazníka informace týkající se jeho požadavků, cílů a potřeb. Na základě těchto získaných informací zákazníkovi poskytl doporučení, aby se mohl rozhodnout, zda sjedná nebo podstatně změní pojištění. Získané informace a udělené doporučení se zdůvodněním zaznamenal vázaný zástupce pojišťovny na tomto záznamu z jednání se zákazníkem v souladu s ust. § 79 zákona o distribuci pojištění a zajištění.

Zákazník (pojistník) potvrzuje, že obdržel v dostatečném časovém předstihu před sjednáním nebo podstatnou změnou pojištění jedno vyhotovení tohoto formuláře.

4. Prohlášení

Níže podepsané osoby jsou si vědomy, že veškeré změny požadované v tomto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojišťovny. Rovněž nově uvedené osobní údaje na tomto formuláři pojišťovna zpracovává v souladu s prohlášeními pojistníka v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. Veškeré informace o zpracování jsou uvedeny v Oznámení o ochraně osobních údajů na stránkách www.metlife.cz pod odkazem ochrana osobních informací.

Zprostředkovatel (vázaný zástupce pojišťovny) prohlašuje, že klientovi v souladu s § 92 odst. 1 předal v dostatečném předstihu před provedením podstatné změny pojištění veškeré informace o pojištění dle §§ 84 – 86 zákona č. 170/2018 Sb.

Pojistník (uvedte příjmení hůlkovým písmem a podpis)

Pojištěný (zákonný zástupce)

Datum

Podepsáno v

Nový pojistník – v případě změny pojistníka

(vyplňte prosím i formulář „Identifikace a ověření totožnosti“)

Svědék/pojišťovací zprostředkovatel

NÁVRH POJISTNÍKA NA ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY – Kapitálové životní pojištění, samostatné úrazové pojištění, Term, Invest, Garant, MultiLife, Futurum, Pohoda, VariaLife

MetLife Europe d.a.c.
Irská společnost s reg. č. 415123
20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko
MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku
Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206
Zapsaná v OR vedeném MS v Praze | sp. zn. A77032
tel. 227 111 000 | info@metlife.cz | www.metlife.cz

Číslo pojistné smlouvy

Formulář, prosíme, vyplňte ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou) nebo elektronicky.

1. Pojistník

Jméno a příjmení pojistníka			Rodné číslo	
Místo narození (město, stát)	Státní příslušnost	Telefon	E-mail	
Místo trvalého nebo jiného pobytu (nejde-li o občana ČR)			PSČ	

2. Změna pojistné smlouvy

___ **1. Změna jména** (k provedení této změny je nutná kopie dokumentu potvrzující změnu jména)
Pojištěný _____ Pojistník (plátce pojistného) _____

Nová adresa _____ PSČ _____

___ **2. Změna adresy pro doručování**

___ **3. Změna oprávněné/obmyšlené osoby** ___ **Neurčuji** (budou stanoveny podle příslušného právního předpisu, tj. z.č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě nebo Občanského zákoníku).
___ **Určuji jménem:**

Jméno a příjmení/název právnické osoby	Datum narození a RČ	Podíl	___ Určuji vztahem k pojištěnému:	Podíl
_____	_____	_____	___ manžel/manželka	_____
_____	_____	_____	___ otec	_____
_____	_____	_____	___ matka	_____
_____	_____	_____	___ rodiče	_____
_____	_____	_____	___ děti	_____
_____	_____	_____	___ registrovaný partner/partnerka	_____

(Vyberte pouze jednu z možností určení oprávněných/obmyšlených osob).

___ **4. Příspěvek zaměstnavatele na soukromé životní pojištění** Frekvence placení u příspěvků zaměstnavatele ___ ročně ___ pololetně ___ čtvrtletně ___ měsíčně
___ odebrání ___ přidání ___ změna výše příspěvku výše příspěvku _____ Kód + IČ _____
___ výše pojistného beze změny ___ pojistné navýšit o příspěvek zaměstnavatele celkové nové pojistné (splátka) _____ Kč
Název a adresa společnosti, kontaktní osoba, telefon, email _____

___ **5. Změna pojistníka (plátce pojistného).** V případě životního pojištění s připojištěním W/ZPR2 (zproštění od placení pojistného) nebo CPA (pojištění ve prospěch dítěte) vyplňte, prosím i formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/připojištěných dětí“ pro nového pojistníka.
Celkový hrubý příjem za předchozí zdaňovací období od všech zaměstnavatelů _____ Kč

Jméno a příjmení nového pojistníka (plátce pojistného) _____ Zaměstnán/OSVČ (obchodní firma a obor) _____

Rodné číslo	Státní příslušnost	Datum narození	Vztah k pojištěnému
_____	_____	_____	_____

Adresa pro doručování _____ PSČ _____

___ **6. Změna frekvence placení splátek na běžné pojistné** ___ ročně ___ pololetně ___ čtvrtletně ___ měsíčně

___ **7. Změna pojistné doby u životního pojištění.** V případě prodloužení pojistné doby či zvýšení pojistné ochrany vyplňte také formulář „Informace o zdravotním stavu pojištěného/pojistníka/pojištěných dětí“ a uveďte Váš hrubý roční příjem!
na _____ let do věku _____ let hrubý roční příjem _____ Kč

___ **8. Změna pojistné částky u základního životního pojištění** ___ zvýšení (je třeba zdravotní dotazník) ___ snížení na _____ Kč

___ **9. Změna pojistného u základního životního pojištění** ___ zvýšení pojistného ___ snížení pojistného na _____ Kč

V případě zvýšení běžného pojistného u produktů Invest, Garant, MultiLife, Futurum a VariaLife sjednávám, že navýšená část pojistného bude alokována podle pravidel uvedených v příslušných Zvláštních pojistných podmínkách pro pojistné v počátečních letech trvání pojištění. To znamená, že investovatelná část pojistného (alokační procento) bude:

Produkt	Invest, Garant, Futurum	MultiLife, VariaLife
Zbývající pojistná doba	jakákoli	20 let a méně
Alokační % pro navýšení pojistného	v 1. roce od sjednání 30 %; ve 2. roce 60 %; ve 3. a dalším roce 100 %	21 let a více
		v 1. a 2. roce od sjednání 30 %; ve 3. a dalším roce 100 %

___ **10. Změna v připojištěních** ___ ukončení doložky o indexaci * ___ odebrání pojistné ochrany ___ přidání pojistné ochrany (je třeba zdravotní dotazník)

* určete, zda se jedná o: 1) odmítnutí doložky o indexaci (zastavení navyšování); 2) odkoupení spořicí složky doložky o indexaci

Podpis pojistníka



0212094A0490724

3. Požadavky, cíle a potřeby zákazníka (pojistníka)

Požadavky, cíle, potřeby zákazníka (pojistníka) související s daným pojištěním:

Poradce na základě analýzy doporučuje klientovi (pojistníkovi):

A to z důvodu:

Klient (pojistník) s doporučením souhlasí nesouhlasí

Dle ust. § 77 zák. č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, je distributor povinen před sjednáním nebo podstatnou změnou pojištění získat od zákazníka informace týkající se jeho požadavků, cílů a potřeb. Na základě těchto získaných informací zákazníkovi poskytl doporučení, aby se mohl rozhodnout, zda sjedná nebo podstatně změní pojištění. Získané informace a udělené doporučení se zdůvodněním zaznamenal vázaný zástupce pojišťovny na tomto záznamu z jednání se zákazníkem v souladu s ust. § 79 zákona o distribuci pojištění a zajištění.

Zákazník (pojistník) potvrzuje, že obdržel v dostatečném časovém předstihu před sjednáním nebo podstatnou změnou pojištění jedno vyhotovení tohoto formuláře.

4. Prohlášení

Níže podepsané osoby jsou si vědomy, že veškeré změny požadované v tomto návrhu pojistníka na změnu pojistné smlouvy podléhají schválení pojišťovny. Rovněž nově uvedené osobní údaje na tomto formuláři pojišťovna zpracovává v souladu s prohlášením pojistníka v návrhu na uzavření pojistné smlouvy. Veškeré informace o zpracování jsou uvedeny v Oznámení o ochraně osobních údajů na stránkách www.metlife.cz pod odkazem ochrana osobních informací.

Zprostředkovatel (vázaný zástupce pojišťovny) prohlašuje, že klientovi v souladu s § 92 odst. 1 předal v dostatečném předstihu před provedením podstatné změny pojištění veškeré informace o pojištění dle §§ 84 – 86 zákona č. 170/2018 Sb.

Pojistník (uveďte příjmení hůlkovým písmem a podpis)

Pojištěný (zákonný zástupce)

Datum

Podepsáno v

Nový pojistník – v případě změny pojistníka

(vyplňte prosím i formulář „Identifikace a ověření totožnosti“)

Svěděk/pojišťovací zprostředkovatel