

Doručeno dne:

Číslo pojistné smlouvy: ..... č. : ..... č. : .....

sazba:\* ..... číslo pojistné události:\* .....

Pojistník		(aktuální identifikační údaje)	
Rodné číslo	Příjmení	Jméno (-a)	Titul
IČO	Název právnické osoby, obchodní firma právnické osoby nebo označení fyzické osoby podnikatele		
Místo trvalého pobytu/sídlo (ulice a číslo popisné, PSČ, obec)		Telefon (8.00 – 17.00)	
Korespondenční adresa (ulice a číslo popisné, PSČ, obec)			
Průkaz totožnosti*		Pohlaví	
OP <input type="checkbox"/> ŘP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> číslo ..... platný do: ..... vydal (stát/orgán): .....		MUŽ <input type="checkbox"/> ŽENA <input type="checkbox"/>	

Pokud aktuální identifikační údaje mění platné osobní údaje pojistníka, které jsou pojistitelem t. č. evidovány, je jejich uvedení v této žádosti považováno za písemné podání pojistníka o oznámení změny těchto údajů pojistiteli.

### Žádám o:

změnu četnosti placení pojistného ..... měsíčně  čtvrtletně  pololetně  ročně

jiné .....

### Žádám o: \*\*

zánik pojistné smlouvy .....  zánik pojištění \*\*\* .....

Důvod zániku pojistné smlouvy/pojištění: .....

Přeplatek žádá klient vrátit na:  účet, č. účtu: .....  adresu .....

změnu neživotního pojištění \*\*\* .....

Přílohy .....

### I. Prohlášení pojistníka:

Pojistník výslovně prohlašuje a podpisem této „Žádosti“ potvrzuje, že:

- byl před podpisem této žádosti, zcela v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 GDPR, pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
- seznámen s Informačním memorandem jménem pojistitele provedla právě ta konkrétní fyzická osoba, která jménem pojistitele podepsala tuto žádost o změně PS;
- po seznámení s Informačním memorandem a před podpisem této žádosti mu byl dán naprosto dostatečný časový prostor pro vlastní seznámení se s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech jeho případných dotazů k Informačnímu memorandu;
- bere na vědomí a je srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude pojistníkovi k dispozici na internetových (webových) stránkách pojistitele na adrese www.csobpoj.cz nebo na vyžádání pojistníka u té konkrétní fyzické osoby, která jménem pojistitele podepsala tento dokument, anebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele.

### II. Prohlášení pojistníka:\*\*

Pojistník výslovně prohlašuje a podpisem této „Žádosti“ potvrzuje, že v důsledku tohoto návrhu na změnu pojistné smlouvy nebo oznámení nových skutečností týkajících se sjednaného pojištění (např. změna adresy bydliště nebo sídla některého účastníka pojištění), je pojistitel oprávněn upravit nově výši pojistného ke dni účinnosti navrhované změny pojistné smlouvy nebo ke dni, kdy byla pojistiteli oznámena změna skutečnosti nebo kdy se pojistitel jinak dozvěděl o změně skutečnosti týkajících se sjednaného pojištění a rozhodných pro stanovení výše pojistného.

### Prohlášení osoby pověřené pojistitelem k převzetí žádosti:

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, 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 žádosti uveden.

V ..... dne .....

Jméno, příjmení a telefon osoby pověřené pojistitelem k převzetí žádosti: .....

\* Tento řádek vyplňte v případě životního pojištění.

\*\* Platí pro neživotní pojištění.

\*\*\* U ročního pojistného nad 15 000 Kč mohou toto pole využít pouze klienti zprostředkovatelů Odboru externí distribuce.

Podpis pojistníka

Podpis osoby pověřené pojistitelem  
k převzetí žádosti (+ číslo zprostředkovatele)