



Číslo pojistné smlouvy

## Žádost o změnu pojistné smlouvy PRO Zdraví

### 1. Pojistník

Jméno a příjmení

Rodné číslo

### 2. Pojištěný

Jméno a příjmení

Rodné číslo

### 3. Změna

Trvalé bydliště

Korespondenční adresa

Kontaktní údaje (e-mail, telefon)

Obmyšlené osoby

### 4. Změna pojistné ochrany

Smrt následkem úrazu

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Smrt následkem úrazu při dopravní nehodě

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Trvalé následky úrazu

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Invalidita I. stupně

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Invalidita II. stupně

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Invalidita III. stupně

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Denní odškodné za nezbytnou dobu léčení

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Hospitalizace

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Pracovní neschopnost

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Závažná onemocnění

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

Ošetřování dítěte

Přidání

Odebrání

Zvýšení/snížení

Nová PČ

## 5. Jiné požadované změny

V

Datum

Podpis pojistníka

Podpis zástupce pojistitele  
*(jméno, příjmení, číslo ziskatele)*