Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy
životného poistenia Život & radosť
(ďalej len „Žiadosť“)

**Číslo poistnej zmluvy/
návrhu poistnej zmluvy:**

9999999999

Poistník

Priezvisko, meno, titul / Obchodná firma:		
Rodné číslo / Dátum narodenia / IČO:		☐ Muž ☐ Žena
Štát a miesto narodenia / Štát registrácie PO:		
Trvalý pobyt / Sídlo:		PSČ:
Obec:	Štát:	
E-mail:	Telefón/Mobil:	
Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ PAS	☐ Povolenie k pobytu	
Číslo dokladu totožnosti:	Štátna príslušnosť:	Druhá štátna príslušnosť[1]:
Vydal:	Platnosť dokladu do:	

Poistník vyhlasuje, že ☐ JE / ☐ NIE JE politicky exponovanou osobou v zmysle ustanovenia § 6 ods. 1 zákona č. 297/2008 Z.z., o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu v znení neskorších predpisov.

Ak je poistníkom právnická osoba (PO), musí byť ku žiadosti priložený formulár Identifikácia účastníka obchodu – právnické osoby.

Technické zmeny

Dojednanie poistenia (nové poistenie) / ukončenie poistenia (súčasné poistenie)

☐ **Žiadam o dojednanie poistenia pre nižšie uvedenú osobu, ktorá bude ďalším poisteným v poistnej zmluve životného poistenia** (vyplňte Súhlas so spracovaním údajov o zdravotnom stave nového poisteného uvedeného ďalej v tejto Žiadosti)

Priezvisko, meno, titul:		☐ Muž ☐ Žena
Rodné číslo / Dátum narodenia:	Štát a miesto narodenia:	
Trvalý pobyt:		PSČ:
Obec:	Štát:	
Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ PAS ☐ Rodný list[2]	☐ Povolenie k pobytu	
Číslo dokladu totožnosti:	Štátna príslušnosť:	
Vydal:	Platnosť dokladu do:	

Poistník vyhlasuje, že ☐ JE / ☐ NIE JE politicky exponovanou osobou v zmysle ustanovenia § 6 ods. 1 zákona č. 297/2008 Z.z., o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu v znení neskorších predpisov.

UNIQA linka: +421 232 600 100, e-mail: info@uniqa.sk, www.uniqa.sk
UNIQA pojišťovna, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA pojišťovna, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 8726/B

USK_ZMPZRZP33_24_1 Ziadost o zmenu poistnej zmluvy RZP_0525mann

Zamestnanie a druh činnosti: Iná činnosť[3]: Riziková skupina:

☐ **Vypovedám všetky poistenia/doplnkové poistenia nižšie uvedených poistených z poistnej zmluvy životného poistenia**

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo / Dátum narodenia:

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo / Dátum narodenia:

Nové poistenie/zmena parametrov poistení

☐ Poistník ☐ Poistený (súčasný) ☐ Nový poistený

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo / Dátum narodenia:

Výška príjmu

☐ Zamestnanec Priemerný hrubý mesačný príjem v € (posl. kalendárny štvrťrok): ☐ Bez príjmu

☐ SZČO Hrubý ročný príjem v € (posledné zdaňovacie obdobie):

Základ dane z príjmu v € (posledné zdaňovacie obdobie):

Vyplňte údaje o poistení/doplnkovom poistení, ktoré bude menené, zrušené alebo novo dojednané, vrátane kódov taríf týchto poistení/doplnkových poistení.

Názov poistenia alebo kód tarify	Dojednanie	Zmena	Zrušenie	Do veku (v rokoch)	Poistná suma v €	Poistné v €
	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐			

Poistné podmienky, ktorými sa novo uzatvorené doplnkové poistenie riadi, sú uvedené v časti „Poistné podmienky, vyhlásenia a prílohy“ tejto Žiadosti.

V prípade, že poistník žiada o uzatvorenie nového doplnkového poistenia alebo o zvýšenie poistnej sumy a sú prekročené limity poistných a rizikových súm poistiteľa, nie je možné zmenu zo strany poistiteľa akceptovať/odsúhlasiť (ďalej tiež „akceptovať) bez vyplneného Osobného dotazníka, bez súhlasu s nižšie uvedeným Vyhlásením poisteného k Osobnému dotazníku alebo bez súhlasu s Vyhlásením o zdravotnom stave poisteného. Pokiaľ poistník žiada o zvýšenie poistného a zároveň má uzatvorené doplnkové poistenie oslobodenia od platenia poistného, nie je možné zmenu akceptovať bez vyplneného Osobného dotazníka alebo súhlasu s nižšie uvedeným Vyhlásením poisteného k Osobnému dotazníku. Na základe individuálneho posúdenia má poistiteľ právo skúmať zdravotný stav poistníka/poisteného aj v prípade súhlasu s nižšie uvedenými vyhláseniami.

Ak poistiteľ na základe žiadosti o zmenu poistenia rozhodne, po posúdení zdravotného stavu poisteného, o novej prirážke k poistnému alebo stanoví novú výluku, tieto sa neuplatňujú na už existujúci rozsah poistenia poisteného platný pred zmenou.

Indexácia

Dojednať indexáciu: ☐ 3 % ☐ 5 % ☐ Zrušiť indexáciu

Príspevok zamestnávateľa

☐ Oznamujem, že na moje poistenie bude prispievať zamestnávateľ – výška poistného sa nemení

☐ Oznamujem, že na moje poistenie bude prispievať zamestnávateľ a zároveň žiadam o zmenu výšky poistného

Nová výška príspevku zamestnávateľa v €:

Prispievajúci zamestnávateľ/Obchodná firma: IČO:

Adresa/Sídlo (ulica, číslo popisné/orientačné, obec, PSČ):

Príspevok zamestnávateľa bude zasielaný prevodom z účtu číslo:

Príspevok zamestnávateľa je možné akceptovať len v prípade, že frekvencia platenia poistného zamestnávateľom a poistníkom je zhodná a poistník i zamestnávateľ platí bankovým prevodom.

Zmena spôsobu a frekvencie platenia poistného

Nový spôsob platenia poistného

☐ INKASO ☐ Trvalý príkaz

Poistné bude zasielané z účtu číslo:

Príspevok zamestnávateľa bude zasielaný z účtu číslo:

Nová frekvencia platenia poistného

☐ Ročná ☐ Polročná ☐ Štvrťročná ☐ Mesačná

Netechnické zmeny

Poistený

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo / Dátum narodenia:
Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ PAS ☐ Rodný list[2)]	☐ Povolenie k pobytu
Číslo dokladu totožnosti:	Štátna príslušnosť:
Vydal:	Platnosť dokladu do:

Zmena údajov (vyplňte len menené údaje)

Zmena údajov ☐ Poistníka ☐ Poisteného

Priezvisko, meno, titul / Obchodná firma:

☐ Adresa trvalého pobytu/Sídla ☐ Kontaktná adresa

Adresa:		PSČ:
Obec:		Štát:
Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ PAS ☐ Rodný list[2)]		☐ Povolenie k pobytu
Číslo dokladu totožnosti:	Štátna príslušnosť:	Druhá štátna príslušnosť[1)]:
Vydal:		Platnosť dokladu do:
E-mail:		Telefón/Mobil:

☐ **Zmenu adries žiadam vykonať na všetkých zmluvách životného a/alebo úrazového poistenia uzatvorených s poistiteľom**

Identifikovaná osoba vyhlasuje, že ☐ JE / ☐ NIE JE politicky exponovanou osobou v zmysle ustanovenia § 6 ods. 1 zákona č. 297/2008 Z.z., o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu v znení neskorších predpisov

Vyššie uvedené zmeny nadobúdajú účinnosť dňom doručenia Žiadosti na kontaktnú adresu (príp. adresu sídla) poistiteľa. V prípade zmeny mena, priezviska, názvu firmy, adresy trvalého pobytu/sídla a dokladu totožnosti je nevyhnutné k tejto Žiadosti priložiť i kópiu dokumentu/dokladu, ktorý túto zmenu vykazuje.

Zmena alebo určenie oprávnených osôb

☐ Zrušenie všetkých oprávnených osôb, príp. ich podielov, ktoré sú pre prípad smrti poisteného určené v poistnej zmluve (v prípade zrušenia všetkých oprávnených osôb nebudú na zmluve pre prípad smrti nižšie uvedeného poisteného určené žiadne oprávnené osoby):

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo:

Poistník týmto pre prípad smrti nižšie uvedeného poisteného určuje nasledujúce oprávnené osoby. Poistník týmto prípadne tiež v plnom rozsahu mení určenie oprávnených osôb a ich podielov stanovených pre prípad smrti daného poisteného pred účinnosťou tejto zmeny, a to nižšie uvedeným spôsobom. Poistený podpisom tejto Žiadosti vyhlasuje, že súhlasí s vykonaným určením/zmenami alebo zrušením oprávnených osôb.

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo:

Priezvisko, meno, titul / Názov firmy / Vzťah	Rodné číslo / IČO	Podiel v %

Zmeny v určení oprávnených osôb v poistnej zmluve nadobúdajú účinnosť dňom doručenia Žiadosti na kontaktnú adresu (príp. adresu sídla) poistiteľa.

Ostatné zmeny technické i netechnické

Vyplňte v prípade, ak žiadate o vykonanie technickej alebo netechnickej zmeny, ktorá nie je zahrnutá v tejto Žiadosti.

Vyhlásenie poisteného k Osobnému dotazníku

Vyhlásenie je možné akceptovať len v prípade, že od vyplnenia posledného Osobného dotazníka odpovedajúceho aktuálnym skutočnostiam do podpisu tejto Žiadosti neuplynuli viac ako 2 roky.

☐ **Poistený /** ☐ **Poistník**

Týmto záväzne vyhlasujem, že v čase podpisu tejto Žiadosti nie som v pravidelnej lekárskej starostlivosti alebo pod pravidelným lekárskym dohľadom v dôsledku úrazu alebo zisteného ochorenia a ani mi nebol odporučený lekársky dohľad, a že nie som v súčasnej dobe v pracovnej neschopnosti. Ďalej svojím podpisom potvrdzujem, že posledný Osobný dotazník, ktorý som doručil/a poistiteľovi, obsahuje aktuálne údaje, ktoré sú v plnom rozsahu identické so skutočným stavom ku dňu podpisu tejto Žiadosti a že žiadny z týchto údajov nie je zmenený a žiadna zmenená skutočnosť v poslednom Osobnom dotazníku nechýba. Zároveň prehlasujem, že nemám neobjasnené zdravotné problémy a v najbližšej dobe sa nechystám podstúpiť operáciu. Ďalej potvrdzujem, že som si vedomý/á toho, že uvedenie nepravdivých či neúplných údajov môže mať vplyv na povinnosť poistiteľa poskytnúť poistné plnenie a poistiteľ by mohol od poistnej zmluvy odstúpiť.

☐ **Súhlasím s vyhlásením** ☐ **Nesúhlasím s vyhlásením** (vyplňte Osobný dotazník)

Ak označíte Nesúhlasím a žiadate o dojednanie nového doplnkového poistenia, zvýšenie poistnej sumy, alebo žiadate o zvýšenie poistného a zároveň máte dojednané doplnkové poistenie oslobodenia od platenia poistného, priložte vyplnený Osobný dotazník.

Vyhlásenie o zdravotnom stave poisteného

Vyhlásenie je možné akceptovať len v prípade, že sú dodržané limity poistných súm určené poistiteľom.

Za posledných 10 rokov som sa nepodrobil/a ani sa nepodrobujem liečbe v súvislosti s nižšie uvedenými problémami, a taktiež mi v minulosti nebolo, ani mi nie je odporúčané vyšetrenie kvôli problémom súvisiacich so srdcom, pľúcami,

pankreasom, obličkami, poruchami krvného obehu, vysokým krvným tlakom, mozgovou príhodou, cukrovkou, poruchami pečene (vrátane hepatitídy B alebo C), vírusom HIV alebo chorobou AIDS, rakovinou, nádormi alebo nádorovým bujnením akéhokoľvek druhu, neurologickými, reumatologickými a črevnými chorobami.

Zároveň som za obdobie posledných 2 rokov nebol/a hospitalizovaný/á na obdobie dlhšie ako 7 po sebe nasledujúcich dní, ani netrpím žiadnou z uvedených chorôb, ani nepodstupujem a nemám odporúčanú s nimi súvisiacu liečbu.

V čase bezprostredne pred podpísaním tejto Žiadosti som nepodstúpil/a žiadne lekárske vyšetrenie, ktorého výsledok nie je ku dňu podpísania Žiadosti známy. Neužívam, ani som neužíval/a žiadne omamné alebo psychotropné látky.

☐ **Súhlasím s vyhlásením** ☐ **Nesúhlasím s vyhlásením** (vyplňte Osobný dotazník)

Doplňujúce informácie a vyhlásenia

Poistník podpisom tejto Žiadosti žiada, aby mu výška nového poistného bola oznámená v Dodatku k poistnej zmluve, pričom berie na vedomie, že Dodatok je pre neho záväzný a poistník je povinný platiť poistné v uvedenej výške. Poistník má právo vyjadriť s daným Dodatkom písomný nesúhlas.

Poistiteľ je oprávnený požadovať údaje o zdravotnom stave a zisťovať zdravotný stav alebo príčinu smrti poisteného, a to na základe súhlasu poisteného. Zisťovanie zdravotného stavu alebo príčiny smrti sa vykonáva na základe lekárskych správ a zdravotníckej, či inej dokumentácie vyžiadanej poistiteľom, či povereným zdravotníckym zariadením od ošetrujúcich lekárov, zdravotníckych zariadení, či zdravotných poisťovní a v prípade potreby aj prehliadkou alebo vyšetrením vykonaným zdravotníckym zariadením alebo lekárom. Ak bolo dohodnuté, že poistník je oslobodený od povinnosti platiť bežné poistné v prípade plnej invalidity alebo smrti, obdobne platí toto oprávnenie poistiteľa v prípade poistníka.

Splnomocňujem poistiteľa, aby z dôvodu zistenia môjho zdravotného stavu, prípadne aj zistení príčin a okolností mojej smrti, v súvislosti s výkonom jeho práv a plnením povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy, robil zisťovanie, a to i po mojej smrti, ohľadne môjho zdravotného stavu u príslušných lekárov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní a ďalších subjektov (ďalej len „kontaktované inštitúcie“) a žiadal ich o poskytnutie správ, prístupu k údajom z elektronickej zdravotnej knižky podľa § 5 ods. 11 písm. b) zákona 153/2013 Z.z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme, ďalej o zabezpečenie výpisov alebo opisov zo zdravotníckej dokumentácie, alebo výpisov z osobného účtu podľa § 16 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, vedených k mojej osobe, popr. z iných zápisov, ktoré sa vzťahujú k môjmu zdravotnému stavu, popr. tieto výpisy a opisy zariaďoval sám. Zároveň v súlade s § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“), oprávňujem kontaktované inštitúcie, aby poistiteľovi na jeho žiadosť v rozsahu vyššie uvedeného splnomocnenia poskytli požadované informácie tak, ako sú povinní ich poskytovať pacientovi podľa § 25 ods. 1 písm. a) zákona o zdravotnej starostlivosti.

Poistné podmienky, vyhlásenia a prílohy

Poistenie/doplnkové poistenie, ktoré je touto Žiadosťou novo dojednané, sa riadi príslušnými časťami Poistných podmienok (ďalej tiež len „poistné podmienky“), ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy a upravujú toto poistenie/doplnkové poistenie, platnými ku dňu podpisu tejto Žiadosti (jednotlivé časti poistných podmienok obsahujú uvedené časové verzie). Poistné podmienky sú súčasťou tejto Žiadosti. Poistník potvrdzuje, že bol s uvedenými poistnými podmienkami ešte pred podpisom tejto Žiadosti oboznámený a zároveň potvrdzuje prevzatie týchto poistných podmienok. Poistník si je vedomý toho, že poistné podmienky sú tiež k dispozícii u zástupcu poistiteľa, na obchodných miestach poistiteľa alebo na **www.uniqa.sk** v časti Život & radosť. Súčasťou Žiadosti sú aj ďalšie dokumenty/prílohy (vyplňte názov prílohy):

☐ Osobný dotazník poistníka ☐ Osobný dotazník poisteného ☐ Zmena rozsahu poistnej zmluvy ☐ Ďalšie prílohy

Poistník potvrdzuje, že sa s uvedenými dokumentami/prílohami (vyplnenými v riadku Názov prílohy alebo označenými krížikom) zoznámil a rovnako potvrdzuje ich prevzatie.

Poistník a poistený podpisom tejto Žiadosti potvrdzujú, že boli informovaní o tom, že podrobné informácie týkajúce sa spracovania osobných údajov nájdu na www.uniqa.sk/osobne-udaje. Poistník a poistený zároveň prejavujú výslovný súhlas s informáciami a vyhláseniami uvedenými v časti „Doplňujúce informácie a vyhlásenia“ v tejto Žiadosti.

Poistník a poistený, popr. ich zástupcovia, svojím podpisom Žiadosti potvrdzujú pravdivosť, úplnosť a platnosť všetkých údajov a odpovedí uvedených v tejto Žiadosti a v ich prílohách (ak sú súčasťou tejto Žiadosti), a to i v prípade, že ich vypisovala iná osoba. Overenie totožnosti (vrátane overenia zhody podoby účastníka obchodu s vyobrazením v preukaze totožnosti) vykonal nižšie podpísaný zástupca poistiteľa. Za overenie totožnosti zástupcu poisteného sa v prípade neplnoletého poisteného považuje tiež overenie podľa rodného listu spolu s overením podľa preukazu totožnosti.

Súhlas so spracovaním údajov o zdravotnom stave (nový poistený)

Priezvisko, meno, titul: Rodné číslo / Dátum narodenia:

Udeľujem súhlas so spracovaním osobných údajov týkajúcich sa môjho zdravotného stavu pred uzatvorením poistnej zmluvy, a to za účelom posúdenia prijateľnosti do poistenia, hodnotenia poistného rizika a stanovenia výšky poistného poistiteľom a zaistiteľom. Pre tieto účely bude poistiteľ, príp. jeho zmluvní lekári alebo zaistitelia, spracovávať údaje poskytnuté v súvislosti s touto Žiadosťou a pre účely posúdenia prijateľnosti do poistenia bude spracovávať i relevantné osobné údaje, ktoré odo mňa získal v súvislosti s inými uzatvorenými poistnými zmluvami. Rozumiem tomu, že bez poskytnutia tohoto súhlasu zmluvu nie je možné uzatvoriť. Tento súhlas udeľujem do doby, než bude táto podpísaná Žiadosť doručená poistiteľovi. Beriem na vedomie, že po akceptácii zmeny poistnej zmluvy spracováva poistiteľ údaje o mojom zdravotnom stave v zákonnom režime, na ktorý nie je potrebný súhlas.

Zároveň beriem na vedomie, že:

- udelený súhlas môžem kedykoľvek odvolať, buď telefonicky na UNIQA linke +421 232 600 100, alebo písomne e-mailom na adrese **info@uniqa.sk**, alebo korešpondenčne listom zaslaným na adresu Úzká 488/8, 602 00 Brno
- sa môžem kedykoľvek obrátiť na poistiteľa v jeho sídle alebo aj na jeho poverenca na ochranu osobných údajov a požadovať informácie o spracovávaní osobných údajov
- môžem uplatniť právo na výmaz alebo opravu nepresných nebo neúplných osobných údajov, poprípade právo na obmedzenie spracovania a na prenos osobných údajov
- môžem vzniesť námietku proti spracovaniu osobných údajov, vrátane námietky proti automatizovanému spracovaniu
- a môžem sa tiež obrátiť na Úrad pre ochranu osobných údajov, pokiaľ sa rozhodnem podať sťažnosť proti spracovaniu osobných údajov

Som tiež uzrozumený/á s tým, že ak **súhlas** so spracovaním osobných údajov odvolám, má to následok, že poistenie nebude platne dojednané, prípadne môže byť vypovedané.

Zároveň som bol/a zoznámený/á s tým, že podrobné informácie týkajúce sa spracovania osobných údajov nájdem na internetovej stránke **www.uniqa.sk/osobne-udaje** v dokumente „Informácie o spracovaní osobných údajov (ISOÚ)“.

Podpisy a dátum účinnosti požadovaných zmien

Dátum účinnosti požadovaných zmien:

Požadované zmeny budú za podmienky ich prijatia poistiteľom spracované k začiatku najbližšieho poistného obdobia po doručení Žiadosti na kontaktnú adresu (príp. adresu sídla) poistiteľa, resp. k výročiu zmluvy nasledujúcemu po doručení Žiadosti na kontaktnú adresu (príp. adresu sídla) poistiteľa, podľa typu požadovanej zmeny. Ak poistník požaduje neskoršiu účinnosť, zmeny budú vykonané za podmienky ich prijatia poistiteľom k začiatku najbližšieho poistného obdobia, resp. k výročiu zmluvy nasledujúcemu po dátume požadovanej účinnosti.

Dátum podpisu: Miesto podpisu: ☐ Doplnkový formulár

Podpis poistníka[4)] Podpis poisteného[5)]

Za poistníka podpisuje

☐ Štatutárny orgán ☐ Opatrovník ☐ Splnomocnený zástupca

Priezvisko, meno: Funkcia:

Za poisteného podpisuje

☐ Zákonný zástupca - rodič ☐ Opatrovník ☐ Iný zákonný zástupca Rodné číslo zástupcu:

Finančný agent

☐ Vyhlasujem, že pred podpisom tejto Žiadosti k vyššie uvedenej poistnej zmluve, ktorá obsahuje podstatnú zmenu poistenia, som splnil všetky svoje povinnosti, ktoré mi ukladajú ustanovenia § 32 a § 33 zákona č. 186/2009 Z.z. v súvislosti s podstatnou zmenou poistenia.

Prehlásenie osoby, ktorá vykonala identifikáciu

Prehlasujem, že som v súlade so zákonom č. 297/2008 Z.z. zaznamenal identifikačné údaje z vyššie uvedeného preukazu totožnosti, overil zhodu podoby s vyobrazením vo vyššie uvedenom preukaze totožnosti, overil správnosť a pravdivosť vyplnených identifikačných údajov a overil u identifikovanej osoby, či je alebo nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z.

Priezvisko a meno:	Číslo analýzy potrieb:
Registračné číslo v NBS:	ID kód zástupcu poistiteľa:
Získateľské číslo:	Osobné číslo:
E-mail:	Telefón/Mobil:

Dátum podpisu: Miesto podpisu:

_____

Podpis finančného agenta (na základe plnej moci) a pečiatka

1) Vyplňte v prípade, ak máte aj ďalšiu štátnu príslušnosť, ktorú ste doteraz neuviedli.
2) V prípade rodného listu sa ostatné údaje k dokladu totožnosti nevyplňujú. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade, že poistený je neplnoletý.
3) Vyplňte prvé písmeno v prípade, ak ste bez zárobkovej činnosti: Rodičovská/Materská dovolenka „R“, V domácnosti „V“, Nezamestnaný/Bez zárobkovej činnosti „N“, Študent/Dieťa „S“, Dôchodca „D“, Invalidný dôchodca „I“.
4) Ak je poistníkom fyzická osoba - SZČO/právnická osoba, priložte úradne overenú kópiu výpisu z úradnej evidencie/ úradného registra a ak táto SZČO/osoby zastupujúce právnickú osobu nebola/neboli doposiaľ identifikovaná/é, vyplňte formulár Identifikácia. V prípade právnickej osoby uveďte priezvisko, meno a funkciu zastupujúcich osôb. Ak za poistníka podpisuje opatrovník/ splnomocnený zástupca a ak táto osoba doposiaľ nebola identifikovaná, vyplňte formulár Identifikácia a priložte kópiu dokumentu dokladajúceho oprávnenie konať za poistníka, napr. rozhodnutie o ustanovení opatrovníka/úradne overené splnomocnenie apod.
5) Ak za poisteného podpisuje zástupca, uveďte jeho rodné číslo. V prípade zákonného zástupcu - rodiča priložte kópiu rodného listu maloletého poisteného (ak nebola doposiaľ priložená); v prípade iného zástupcu (osvojiteľ, poručník a. i.) priložte v prípade neplnoletého poisteného kópiu rodného listu a kópiu dokumentu dokladajúceho oprávnenie konať za poisteného, napr. uznesenie o osvojení maloletého/úradne overené splnomocnenie apod. Ak nie je zástupcom poistník/poistený a ak táto osoba nebola doposiaľ identifikovaná, vyplňte samostatný formulár Identifikácia.