

Zodpovedajúce okienka označte krížikom, údaje vyplňte paličkovým písmom

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Číslo poisťnej zmluvy | Druh cestovného poistenia |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>      |

## POISTNÍK

|                                |            |        |         |
|--------------------------------|------------|--------|---------|
| Priezvisko, meno, titul/názov* |            |        | RČ/IČO* |
| Dát. nar.                      | Tel. číslo | E-mail |         |
| Trvalý pobyt/ulica, č.d.       |            | PSČ    | Miesto  |

\* v prípade právnickej osoby uveďte v príslušnej časti IČO a názov právnickej osoby

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Zmena mena                     | Priezvisko, meno, titul  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zmena adresy trvalého bydliska | Adresa trvalého pobytu/sídla spoločnosti (ulica, číslo, miesto, PSČ) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zmena sídla spoločnosti        | Adresa sídla spoločnosti (ulica, číslo, miesto, PSČ)                 | <input type="text"/> |

|  |   |                      |                    |                      |
|--|---|----------------------|--------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Zmena balíka  | Nový balík (vyšší ako pôvodný)            | <input type="text"/> | Doplatok poisťného | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zmena územného rozsahu  | Zmena možná len z Európy na Svet          | <input type="text"/> | Doplatok poisťného | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Predĺženie doby poistenia nad 45 dní pre poisteného v poradí P <input type="text"/> | Počet dní navyše (max. 45 dní)            | <input type="text"/> | Doplatok poisťného | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Dovozenie športovej činnosti pre poisteného v poradí P <input type="text"/>         | Názov športovej činnosti                  | <input type="text"/> | Doplatok poisťného | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zmena pracovnej činnosti na pracovnú činnosť vo výškach                             | Typ pracovnej činnosť vo výškach (nad 5m) | <input type="text"/> | Doplatok poisťného | <input type="text"/> |

Zmena poisťníka (uveďte údaje o novom poisťníkovi)

|                                |       |         |             |
|--------------------------------|-------|---------|-------------|
| Priezvisko, meno, titul/názov* |       | RČ/IČO* | Št. prísl.  |
| Trvalý pobyt/ulica, č.d.       |       | PSČ     | Miesto/štát |
| Typ preuk. totož.              | Číslo | Tel. č. | E-mail      |

Vyžaduje sa overený podpis pôvodného aj nového poisťníka

Dovozenie/odovozenie poisteného (uveďte údaje o novom poistenom)

|  |  |     |                      |
|--|--|-----|----------------------|
| Priezvisko, meno, titul  |  | RČ  | Št. prísl.           |
| Trvalý pobyt/ulica, č.d.                                       |  | PSČ | Miesto/štát          |
| Priezvisko, meno, titul pôvodného poisteného (ak ide o zámenu) |  |     | Doplatok poisťného   |
| <input type="text"/>   |  |     | <input type="text"/> |

Storno poistenia pred začiatkom poistenia - Poplatok 4 Eur

**Doplňujúce informácie pre spracovanie žiadosti o zmenu poistnej zmluvy:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Účinnosť požadovanej zmeny**

Zmena je účinná najskôr nasledujúcim dňom obdržania žiadosti o zmenu poistnej zmluvy poistiteľom a dňom úhrady vzniknutého doplatku poistného.

Po akceptovaní zmeny uvedenej v žiadosti poistiteľ zašle poistníkovi potvrdenie o akceptácii.

**Požadovaný dátum účinnosti zmeny****Doplatok poistného spolu**

Platná verzia Všeobecných poistných podmienok pre cestovné poistenie

**Vyhlásenie poistníka**

Poistník svojim podpisom potvrdzuje, že bol oboznámený s platnou verziou Všeobecných poistných podmienok pre cestovné poistenie, uvedenou v tejto žiadosti o zmenu poistenia a súhlasí s nimi bez výhrad; svojim podpisom zároveň potvrdzuje, že prevzal príslušné všeobecné poistné podmienky.

.....

|        |       |                     |
|--------|-------|---------------------|
| Miesto | Dátum | Podpis poistníka/ov |
|--------|-------|---------------------|

Za UNIQA poisťovňu, a.s. prevzal a totožnosť poistníka overil:

Meno a priezvisko

Získateľské číslo

.....  
Podpispodľa  občianskeho preukazu (OP) č.podľa  pasu č.podľa  občianskeho preukazu (OP) č.podľa  pasu č.