

Pojistná smlouva číslo: _____ **číslo:** _____ **číslo:** _____

sazba: _____

Údaje vyplňte hůlkovým písmem.

Pojistník (aktuální identifikační údaje)

Rodné číslo: _____ Příjmení a jméno: _____ Titul: _____

Místo trvalého pobytu: _____ Tel.: _____
 (ulice a číslo popisné, PSČ, obec)

Korespondenční adresa: _____ E-mail: _____
 (ulice a číslo popisné, PSČ, obec)

Pohlaví: MUŽ ŽENA Průkaz totožnosti: OP ŘP PAS Číslo: _____ Platný do: _____

Vydal (orgán/stát): _____ Státní občanství: _____ Místo narození: _____

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

Oznamuji změnu těchto uvedených údajů: Příslušný oddíl změny zaškrtněte. Vyplňte pouze ty oddíly, v nichž dochází ke změně.

Pojištěný/1. pojištěný

shodný s pojistníkem

Rodné číslo	Příjmení	Jméno(-a)	Titul
Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec	Telefon
2. pojištěný	Rodné číslo	Příjmení	Jméno(-a)
Pojištěné dítě	Rodné číslo	Příjmení	Jméno(-a)

Osoba, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného

Určuje se celým a přesným jménem a příjmením této osoby spolu s datem a místem narození, nebo přesným a nezaměnitelným určením vztahu této osoby k pojištěnému.

Jiné osobní změny

Prohlášení

V _____ Dne 20__

Jméno/a a příjmení pojištěných osob:*

.....
 Podpis pojistníka

.....
 Podpisy pojištěných*
 (je-li pojištěný nezletilý, podpis zák. zástupce)

* Vyplňte jen v případě, že pojištěný není shodný s pojistníkem a současně se mění údaje o pojištěném nebo se současně mění osoba, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného.