

Změny k úrazovému pojištění číslo



--

<input type="checkbox"/> změna osobních údajů oslovení <input type="checkbox"/> pan <input type="checkbox"/> paní <input type="checkbox"/> firma	titul, jméno, příjmení		datum narození	rodné číslo (popř. IČ)	
	státní příslušnost		Druh činnosti / pracovní náplň		
	ulice a číslo domu		obec	PSC	
	Telefon		E-mail		
<input type="checkbox"/> změna oprávněných osob v případě úmrtí následkem úrazu	Pojištěná osoba	Oprávněná osoba (jméno, příjmení, datum narození)			
<input type="checkbox"/> změna způsobu platby	<input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně od 1. . 20				
<input type="checkbox"/> změna formy platby	<input type="checkbox"/> poštovní poukázka <input type="checkbox"/> trvalý příkaz <input type="checkbox"/> SIPO – spojovací číslo:				
<input type="checkbox"/> změna rizikové skupiny	Pojištěná osoba	Nová riziková skupina - důvod změny (změna povolání / činnosti)			
<input type="checkbox"/> změna výše pojistných částek	s platností od 1. . 20		Při zvýšení částek zodpovězte otázky 1-4		
	Pojištěná osoba	Požadovaná krytí – pojistné částky			
<input type="checkbox"/> automatické přizpůsobení	<input type="checkbox"/> aktivovat <input type="checkbox"/> zrušit od 1. . 20				
Otázky - zvýšení pojistných částek		Pojištěná osoba			
1. Trpíte nebo trpěl jste v minulosti zdravotním omezením nebo tělesnou vadou?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
2. Jste registrovaným sportovcem nebo provozujete vrcholový sport či nějakou nebezpečnou volnočasovou aktivitu?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
3. Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, jaké a jak často?		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
4. Máte uzavřeno úrazové pojištění nebo jste podal návrh na uzavření úrazového pojištění u jiné pojišťovny? Pokud ano, uveďte název pojišťovny.		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Podrobnosti k otázkám zodpovězeným kladně					
Jméno a adresa ošetřujícího lékaře					
..... datum	 podpis pojistníka / pojištěné osoby			