POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Žádost o změnu rozložení kapitálové hodnoty do fondů

Z0021

Pojistník

Číslo pojistné smlouvy (návrhu) životního pojištění | | | | | | | | | |

Příjmení, jméno, titul / obchodní firma: _____ RČ/IČ | | | | | | | | | | |

Korespondenci zašlete na adresu: _____

Tato adresa slouží pouze k výše uvedenému úkonu, nedochází k automatické opravě adresy sjednané v pojistné smlouvě.

Pozn.: Do kolonky fond vyplňte kód fondu PČS, jinak nebude žádost kladně vyřízena.

☐ 1. Jednorázová žádost o přerozdělení celkové KH v novém poměru rozložení do fondů

Žádám o přerozdělení celkové kapitálové hodnoty v novém poměru rozložení do fondů (jedenkrát v kalendářním roce změna zdarma).

fond		%	fond		%	fond		%	fond		%
fond		%	fond		%	fond		%	fond		%
fond		%	fond		%	fond		%	fond		%

Každé další zaúčtování zaplaceného pojistného bude provedeno v původně nastaveném poměru rozložení do jednotlivých fondů.

Pokud je požadovaná změna poměru rozložení do fondů trvalá, je třeba podat žádost o trvalou změnu poměru (formulář Z 1008 nebo Z1011), na základě které pojistitel potvrdí změnu vystavením dodatku.

☐ 2. Převod částky v Kč mezi fondy

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu | | | | do fondu | | | |

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu | | | | do fondu | | | |

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu | | | | do fondu | | | |

Žádám o převedení částky _____ Kč z fondu | | | | do fondu | | | |

Podpis pojistníka: _____

Za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group převzal: Příjmení, jméno: _____
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) | | | | | | | | | |

Identifikace poradce | | | | | | | | | | |

tel.: _____

Prohlašuji, že identifikační údaje pojistníka byly ověřeny dle průkazu totožnosti č. _____ .
(občanský průkaz nebo cestovní pas)

V _____ dne _____

_____
podpis zástupce pojistitele