

Žádost o změnu rozložení kapitálové hodnoty do fondů

Z2021

Číslo pojistné smlouvy/nabídky/návrhu životního pojištění

Pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma

Rodné číslo / IČO

Korespondenci zašlete na adresu

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

Do kolonky fond vyplňte kód fondu, 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).

garantovaný fond GB23 _____ % Přerozdělení kapitálové hodnoty nelze provést do garantovaného fondu pro běžné pojistné.

ostatní investiční fondy:

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, na základě které pojišťovna 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 |_|_|_|_|

Částku nelze převést do garantovaného fondu pro běžné pojistné.

Informace o zpracování osobních údajů

Zpracování osobních údajů bez vašeho souhlasu

Podpisem tohoto formuláře berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojišťovna pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění a zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní. Informace o zpracování vašich osobních údajů, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky, právo na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

_____ podpis pojistníka

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka, údaj o pohlaví muž žena a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti č. ,
doba platnosti do , vydán státem orgánem .

Trvalý nebo jiný pobyt

Ulice Č.p. PSČ

Obec Stát

Místo narození Státní občanství

Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení a jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele