

## ŽÁDOST O ZMĚNU / POŽADAVEK K POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET HYPOTÉČNÍ ÚVĚR

### Identifikace klienta

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Datum narození

### Parametry úvěru

Číslo úvěru

Výše měsíční splátky

(dále jako „klient“)

### Žádám Sberbank CZ, a.s. v likvidaci, o:

**Dodatečné sjednání pojištění**

Varianta **KLASIK** (pojistné krytí v rozsahu pracovní neschopnost, invalidita III. stupně a úmrtí)

Měsíční poplatek za pojištění:  
**7,5 %** z pravidelné měsíční splátky, tj.

Kč

Žádám o změnu pravidelné splátky z důvodu poskytnutí slevy na úrokové sazbě  **ano** /  **ne**

Svým podpisem níže stvrzuji, že žádám o Pojištění schopnosti splácet úvěr ve výše uvedené variantě.

Pojištění se řídí Pojistnou smlouvou č. SBH 1/2017 uzavřenou mezi BNP Paribas Cardif Pojišťovnou, a.s., IČO 25080954 se sídlem Plzeňská 3217/16, 150 00 Praha 5, jako pojistitelem, a Sberbank CZ, a.s. v likvidaci jako pojistníkem, a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro soukromé životní a neživotní pojištění č. 2/2017.

Nedílnousoučástí žádosti o dodatečné sjednání pojištění je **Lékařský dotazník**. Svým podpisem dávám souhlas s provedením lékařské prohlídky a dodáním výpisu z lékařské dokumentace v rozsahu stanoveném pojistitelem. Beru na vědomí, že pojištění vznikne pouze za podmínky, že BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., s pojištěním ve zvoleném rozsahu **projeví souhlas** na základě posouzení lékařského dotazníku, výsledků lékařské prohlídky a údajů ze zdravotní dokumentace.

**Změnu varianty pojištění**

Žádám o změnu z varianty  **PLUS** /  **PREMIUM** na variantu **KLASIK**

Změna pojištění je platná od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po uzavření dodatku ke smlouvě o úvěru.

**Zrušení pojištění**

V souvislosti se zrušením pojištění beru na vědomí, že zánikem pojištění dojde k odebrání slevy na úrokové sazbě poskytnuté dle úvěrové smlouvy za sjednané Pojištění schopnosti splácet.

Pojištění zanikne ke konci kalendářního měsíce, ve kterém byla žádost o zrušení pojištění akceptována Bankou. Klient bude Bankou o akceptaci písemně vyrozuměn potvrzením o zániku pojištění schopnosti splácet. Nebude-li Bankou žádost o zrušení pojištění akceptována, vyrozumí o tom Banka písemně Klienta, a to bez zbytečného odkladu.

**Jiné**

Prosím popište váš požadavek:

<b>Hlavní žadatel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Spolužadatel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ručitel</b>
Jméno:	Jméno:	
Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	

---

<b>Prohlášení za banku</b>	<b>Za Banku ověřil</b>	<b>Podpis</b>
Potvrzuji, že Žadatel/Spolužadatel podepsal tuto Žádost o pojištění schopnosti splácet úvěr přede mnou a že jsem provedl(a) jeho identifikaci a ověřil(a) jeho identitu dle originálu v Žádosti o úvěr uvedeného dokladu totožnosti.		

---