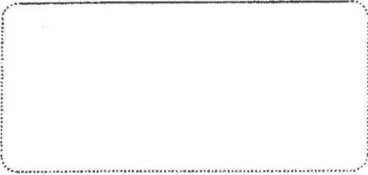




**ČESKÁ  
POJIŠŤOVNA**

**UKONČENÍ  
NEŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**



Číslo pojistné smlouvy **1 8 5 7 8 7 8 0 1 3**

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, DIČ: CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1464

Pojistník / Žadatel (osoba odlišná od pojistníka jedná na základě doloženého dokladu prokazujícího oprávněnost žadatele (plná moc, úmrtní list apod.))

Příjmení / Název firmy **M ě s t o V i z o v i c e** Titul

Jméno

Rodné číslo / IČ **0 0 2 8 4 6 5 3**

Adresa trvalého / jiného pobytu

Ulice (místo) **M a s a r y k o v o n á m ě s t í** Č.p./č.ocr **1 0 0 7**

Obec (pošta) **V i z o v i c e** PSČ **7 6 3 1 2**

Telefon 1: **7 7 7 4 7 1 1 4 3** Telefon 2:

E-mail **e v a . k u b i c k o v a @ m e s t o v i z o v i c e . c z**

Pojistník uděluje pojišťiteli souhlas s tím, aby byl v záležitostech pojistného vztahu kontakován elektronickou formou.

Vypíšte blok A nebo blok B (je-li vyplněn blok A, již nevyplňujte blok B – DŮVODY ZÁNIKU)

**A Ukončení pojištění ze subjektivních důvodů:**

1. Vypovídám pojištění:  ke konci pojistného období  do dvou měsíců od uzavření  po pojistné události

2. Ukončuji pojistnou smlouvu pro nesouhlas se změnou pojistného  3. Odstoupení od smlouvy uzavřené mimo obchodní prostory (do 14 dnů od uzavření)

4. Navrhují ukončení dohodou ke dni \_\_\_\_\_ Dohoda o ukončení pojištění vyžaduje schválení pojišťitele.

Ukončuji/vypovídám pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

**B Oznámení o zániku z objektivních důvodů:**

změny v osobě vlastníka  vyřazení vozidla z evidence  úmrtí  odcizení vozidla

přepracování na pojistnou smlouvu číslo: **1 8 1 6 6 9 2 2 1 4**  přestěhování (pouze pro MAJ)

zániku pojistného rizika (ukončení prac. činnosti...)

Zánik pojištění ke dni: **3 1 1 2 2 0 1 9**

Ukončuji/vypovídám pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

**Zádám o vrácení případného přeplatku pojistného:**

Na pojistnou smlouvu číslo: \_\_\_\_\_

Na účet: Předčíslí a číslo účtu **0 0 0 0** Kód banky \_\_\_\_\_ Název banky **ČS, a.s.**

Na adresu: Jméno a příjmení / Název firmy \_\_\_\_\_

Ulice (místo) \_\_\_\_\_ Č.p./č.ocr \_\_\_\_\_

Obec (pošta) \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

V případě zaslání přeplatku na adresu dojde ke snížení zasláné částky o náklady spojené s výplatou přeplatku, které jsou uvedeny v Sazebníku poplatků.

V případě, že k datu zániku pojištění bude na pojistné smlouvě evidován dluh, souhlasím s jeho úhradou dle pokynů pojišťitele.

Přílohy: \_\_\_\_\_

Prohlášení zástupce pojišťitele, který není správcem pojištění: Prohlašuji, že jsem žadatele seznámil s tím, že může být v nejbližších dnech telefonicky kontaktován specialistou ČP, který doplní konkrétní informace o nárocích a dopadech spojených s ukončením pojištění.

Upozornění: Vystupuje-li za právnickou osobu zaměstnanec či zmocněnec, musí být u podpisu tyto náležitosti: vlastnoruční podpis, jméno a příjmení jednatel/ osoby a role, v níž jedná na základě dokumentu potvrzujícího oprávněnost žadatele k podání žádosti. Pojišťovna/ zprostředkovatel / zaměstnanec ČP musí být vždy identifikován ziskatelským číslem.

v **Vizovicích** dne **0 4 1 2 2 0 1 9**

Tato žádost slouží zároveň jako potvrzení o provedení ukončení, pokud nebude žadatel informován jinak. Správce PS  ANO  NE Ziskatelské číslo \_\_\_\_\_

V případě, že se rozhodnete pojištění ponechat v platnost, můžete pro návrh odvolání této žádosti využít speciální telefonní linku 542 595 914 v pracovních dnech od 8 do 17 hodin, a to nejpozději do dne ukončení pojištění.

Podpis žadatele / Číslo OP \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis pojišťovatel/ zprostředkovatele zástupčijícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci / zaměstnance České pojišťovny a.s. \_\_\_\_\_



T C 9 0 8 4 0 0 0 0 2 9