

Číslo pojistné smlouvy 4987998631

Pojistník / zástupce pojistníka

pojistník – příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo / IČO / datum narození

Česká republika - Ústav pro studium totalitních režimů

75112779

Adresa bydliště / sídla

ulice

č. popisné / orientační

obec – část obce

PSČ

Siwecova

2428/2

Praha

13000

telefon

e-mail

zástupce pojistníka – příjmení, jméno, titul

e-mail

doc. PhDr. Ladislav Kudrna, Ph.D.

adresa

telefon

Ukončení / zánik

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

2. Ukončuji pojištění pro nesouhlas se změnou pojistného

3. Odstupuji od smlouvy do 14 dnů od uzavření (mimo obchodní prostory, uzavření na dálku).

4. Navrhují ukončení dohodou ke dni _____ Dohoda o ukončení pojištění vyžaduje schválení pojistitele.

upřesnění důvodů k dohodě

5. Ukončuji pojištění z důvodu změny v osobě vlastníka

9. Ukončuji pojištění z důvodu přestěhování (pouze pro pojištění domácnosti)

6. Ukončuji pojištění z důvodu vyřazení vozidla z evidence

10. Ukončuji pojištění dohodou, z důvodu přepracování do nové pojistné smlouvy číslo: 5284868249

7. Ukončuji pojištění z důvodu odcizení vozidla

11. Ukončuji pojištění z důvodu zániku pojistného rizika (ukončení prac. činnosti, ...)

8. Ukončuji pojištění z důvodu úmrtí

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

Vrácení přeplatku

na pojistnou smlouvu číslo: _____

na účet: předčíslí a číslo účtu _____

kód banky _____

na adresu:

jméno a příjmení / název právnické osoby

ulice (místo)

č. popisné/orientační

obec (pošta)

PSČ

Za odeslání přeplatku na adresu odečte pojišťovna poplatek dle Sazebníku poplatků. Pokud bude na pojištění dluh, uhradím ho dle pokynů pojišťovny.

Přílohy

Prohlášení a podpisy

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

Upozornění: Pokud pojistníka zastupuje jiná osoba, např. zmocněnec či zaměstnanec, musí být v poli Podpis pojistníka vlastnoruční podpis zástupce, jeho jméno a příjmení a role, v níž jedná na základě dokumentu potvrzujícího oprávněnost k zastupování. Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec pojišťovny musí být vždy identifikován ziskatelským číslem.

ziskatelské číslo

901001677

správce PS ano ne

datum

15 -07- 2024

místo

Praha

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele / zaměstnance pojišťovny

Podpis pojistníka/ zástupce pojistníka / Číslo OP



Ústav pro studium totalitních režimů
Siwecova 2428/2, 130 00 Praha
IČ: 75112779 DIČ: CZ75112779

1