

Ukončení neživotního pojištění

Číslo pojistné smlouvy

Pojistník / zástupce pojistníka

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

Město Valašské Klobouky

rodné číslo / IČO / datum narození

00284611

Adresa bydliště / sídla

ulice

Masarykovo náměstí

č. popisné / orientační

189

obec – část obce

Valašské Klobouky

PSČ

76601

telefon

e-mail

zástupce pojistníka – příjmení, jméno, titul

e-mail

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. Navrhuji 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:

☐ 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

930716621

správce PS

☒ ano ☐ ne

datum

03.01.2025

místo

Valašské Klobouky

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele / zaměstnance pojišťovny

Podpis pojistníka / zástupce pojistníka / Číslo OP

Chcete nechat

pracovních dnech od

