

Ukončení neživotního pojištění

Číslo pojistné smlouvy 5280716489

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

Na Poříčí

1047/26

Praha

11000

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. 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: 5486779187
- ☐ 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

05-02-2025

místo

Praha

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele / zaměstnance pojišťovny

Podpis pojistníka/zástupce pojistníka / číslo OP

Chcete nechat pojištění v pl.

telefonní linku 542 595 914 v pracovních dnech od 8:00 do 17:00 hodin.