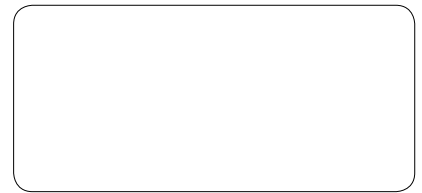




ŽÁDOST O ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY pojištění majetku, odpovědnosti a motorových vozidel



Číslo pojistné smlouvy

ÚČASTNÍCI POJIŠTĚNÍ

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

Žadatel 1):

Form fields for applicant details: Příjmení / Název firmy, Jméno, Rodné číslo / IČ, Pohlaví (muž/žena), Titul.

Adresa trvalého / jiného pobytu

Form fields for address: Ulice (místo), Obec (pošta), Telefon / E-mail, Č. p., PSČ.

1) Osoba odlišná od pojistníka jedná na základě doloženého dokladu prokazujícího oprávněnost žadatele (plná moc, úmrtí list apod.)

ZMĚNA ÚDAJŮ / POJIŠTĚNÍ

Změna údajů / pojištění

Osobních údajů: pojistníka, pojištěného, vlastníka vozidla, držitele vozidla dle TP, oprávněné osoby

Změna / oprava: jména, příjmení / názvu firmy, trvalé adresy / sídla firmy, korespondenční / fakturační adresy

Form fields for changes: Příjmení / Název firmy, Jméno, Ulice (místo), Obec (pošta), Titul, Č. p., PSČ.

Frekvence placení: měsíční, čtvrtletní, pololetní, roční

Formy placení: souhlas s inkasem, souhlas s inkasem ze spořicího účtu, trvalý příkaz, SIPO, složenkou

Form fields for payment: Předčíslí a číslo účtu, Kód banky, Název banky, Specifický symbol spořicího účtu

Spojovací číslo SIPO, Upozornění: V případě úhrady pojistného souhlasem k inkasu zajistíte dispozici ke svému účtu u Vašeho peněžního ústavu ve prospěch účtu České pojišťovny a.s.

Údaje o vozidle: RZ (SPZ), TP, původní údaj, nový údaj

PŘEPLATEK

Přeplatek, pojistné plnění, případně jiný závazek ze strany České pojišťovny zašlete:

Form fields for payment: Na pojistnou smlouvu (Číslo pojistné smlouvy), Na účet (Předčíslí a číslo účtu, Kód banky, Název banky), Na adresu (Jméno a příjmení / Název firmy, Ulice (místo), Obec (pošta), Č. p., PSČ).

PŘÍLOHY

Form field for attachments: Přílohy:

PODPISY

V dne 11 20

Podpis žadatele / Číslo OP

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci / zaměstnance České pojišťovny a.s.

Upozornění: Tato žádost slouží zároveň jako potvrzení o provedení změny, pokud nebude žadatel informován jinak. Vystupuje-li za právnickou nebo fyzickou osobu zaměstnanec či zmocněnec, musí být u podpisu tyto náležitosti: vlastnoruční podpis, jméno a příjmení jednatelky osoby, role, v níž jedná na základě plné moci. Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec ČP musí být vždy identifikován získatelským číslem.

IDENTIFIKACE

Form fields for identification: Získatelské číslo A, Získatelské číslo B, Kód podobchodníka, Identifikace



TC89519001014