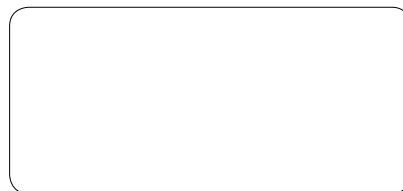




**ŽÁDOST O ZMĚNU POJISTNÉ SMLOUVY
pojištění majetku, odpovědnosti a motorových vozidel**



Číslo pojistné smlouvy

[Grid for insurance policy number]

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.

Žadatel¹⁾:
Příjmení / Název firmy [Grid] Pohlaví muž žena
Jméno [Grid] Titul [Grid]
Rodné číslo / IČ [Grid]

Adresa trvalého / jiného pobytu

Ulice (místo) [Grid] Č. p. [Grid]
Obec (pošta) [Grid] PSČ [Grid]
Telefon / E-mail [Grid]

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

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

Příjmení / Název firmy [Grid]
Jméno [Grid] Titul [Grid]
Ulice (místo) [Grid] Č. p. [Grid]
Obec (pošta) [Grid] PSČ [Grid]

Frekvence placení: měsíční čtvrtletní pololetní roční
Formy placení: souhlas s inkasem souhlas s inkasem ze spořicího účtu trvalý příkaz SIPO složenkou
Předčíslí a číslo účtu [Grid] Specifický symbol spořicího účtu [Grid]

Kód banky [Grid] Název banky [Grid]

Spojovací číslo SIPO [Grid] **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 [Grid] nový údaj [Grid]

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

Na pojistnou smlouvu: Číslo pojistné smlouvy [Grid]
 Na účet: Předčíslí a číslo účtu [Grid] Kód banky [Grid] Název banky [Grid]
 Na adresu: Jméno a příjmení / Název firmy [Grid]
Ulice (místo) [Grid] Č. p. [Grid]
Obec (pošta) [Grid] PSČ [Grid]

Přílohy: [Grid]

V [Grid] dne [Grid] 20[Grid]

Podpis žadatele / Číslo OP [Grid] **Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci / zaměstnance České pojišťovny a.s.** [Grid]

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.

Získatelské číslo A [Grid] % [Grid] **Získatelské číslo B** [Grid] % [Grid]

Kód podobchodníka [Grid]

Identifikace [Grid]



TC89519001014