

Číslo pojistné smlouvy: _____

Produkt: _____



Oznámení o změně / Žádost o změnu pojistné smlouvy

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, sídlo Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika, IČ: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

B. POJISTNÍK

Příjmení, jméno / Název:		Rodné číslo / IČ:
Identifikace podle – druh a číslo průkazu:	E-mail:	Telefon:

C. DRUHY ZMĚN (změny nelze provádět zpětně)

Oznámení změny adresy trvalého pobytu / sídla^{1,2)}: (bude provedeno u všech smluv klienta) pojistníka pojištěného vlastníka držitele

Žádost o změnu korespondenční adresy pojistníka

Příjmení, jméno, titul / Název³⁾:

Ulice (místo), č. p. / č. or: _____ Obec - dodací pošta: _____

Jiný stát než ČR: _____ PSČ / ZIP kód: _____

Žádost o změnu kontaktu (bude provedeno u všech smluv klienta) Telefon: _____ Telefon: _____ E-mail: _____

Oznámení změny jména, příjmení / názvu: (bude provedeno u všech smluv klienta) pojistníka pojištěného vlastníka držitele jednatelů jednatelky

Příjmení / Název: _____ Jméno: _____ Titul: _____

Rodné číslo / IČ: _____ Funkce (uvést pouze u změny jednatelů): _____

Žádost o změnu způsobu platby pojistného na:

SINK (přiložit vyplněný formulář SINK) SIPO (spojovací číslo) trvalý příkaz příkaz k úhradě⁴⁾ (připomenutí platby) poštovní poukázka⁴⁾ hromadné inkaso (HIP) (pouze pro povinné ručení a pro pojištění osob), číslo HIP: _____

Žádost o změnu pojistného období⁵⁾: (nelze použít pro pojištění podnikatelů)

12 měsíců (roční) 6 měsíců (pololetní) 3 měsíce (čtvrtletní) 1 měsíc⁶⁾ (měsíční) Pokud změnou frekvence placení pojistného dochází k odebrání / přiznání slevy, souhlasím s úpravou výše pojistného za pojistné období.

Oznámení změny / doplnění údajů o vozidle: Doložení potvrzení o rozhodné době

RZ: _____ Číslo TP: _____ Jiné: _____

Oznámení změny oprávněné / obmyšlené osoby: Tímto se ruší původní seznam oprávněných / obmyšlených osob a stanovuje se nový kompletní seznam. U fyzické osoby uveďte příjmení, jméno, RČ nebo datum narození a % podíl nebo pouze vztah a % podíl, u právnických osob uveďte název, IČ a % podíl.

..... %

..... %

Ostatní změny (případně doplňující informace):

.....

.....

Datum vyplnění žádosti⁷⁾: _____ Ziskatelské číslo: _____

Podpis pojistníka Podpis pojištěného⁸⁾ Jméno, příjmení a podpis ziskatele

Tel. kontakt

Osobní číslo spolupracovníka ziskatele: _____

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních ujednáních s možností více variant).

²⁾ Adresa trvalého pobytu uvedená v této pojistné smlouvě bude použita u všech platných pojistných smluv.

³⁾ Je nutno vyplnit v případě, kdy se uváděné údaje liší od údajů uvedených v oddíle B (jméno a příjmení pojistníka, doplněné o údaje osoby či společnosti, kam požaduje pojistník korespondenci zasílat).

⁴⁾ Lze sjednat jen u pojištění osob. Je-li sjednáno pojistné období 1 měsíc, nelze sjednat způsob platby poštovní poukázkou ani příkazem k úhradě.

⁵⁾ Změnu pojistného období (změnu frekvence placení pojistného) je možno požadovat pouze k výročnímu dni smlouvy. Změna pojistného období u pojištění podnikatelů se sjednává prostřednictvím Dodatku k pojistné smlouvě, nikoliv tímto formulářem.

⁶⁾ Účinky má jen žádost, kterou pojistitel obdržel. Den obdržení žádosti pojistitelem není vždy totožný se dnem jejího vyplnění (sepsání). Pojistitel provede změnu k nejbližšímu možnému datu po obdržení žádosti. Některé žádosti vyžadují schválení pojistitelem.

⁷⁾ U pojištění osob, kde je pojistník odlišný od pojištěného, je zapotřebí i podpisu pojištěného.