GENERALI ČESKÁ POJIŠŤOVNA

UKONČENÍ NEŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy 5 0 0 0 4 4 3 5 9

POJISTNÍK / ZÁSTUPCE POJISTNÍKA

Pojistitel: Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464

Pojistník / Zástupce pojistníka – osoba odlišná od pojistníka, oprávněná jednat za pojistníka na základě přiloženého dokladu (plná moc apod.)

Příjmení / Název právnické osoby: Město Dobřichovice Titul:

Jméno: Rodné číslo / IČO:

Adresa bydliště / sídla

Ulice (místo): Vítova Č. p. / č. or.: 61

Obec (pošta): Dobřichovice PSČ: 25229

Telefon 1: Telefon 2:

E-mail:

☐ Pojistník uděluje pojistiteli souhlas s tím, aby byl v záležitostech pojistného vztahu kontaktován elektronickou formou.

ZPŮSOB UKONČENÍ

Vypište blok A nebo blok B (je-li vyplněn blok A, již nevyplňujte blok B – DŮVODY ZÁNIKU)

A Ukončení pojištění ze subjektivních důvodů:

☐ **1. Vypovídám pojištění:** ☐ ke konci pojistného období ☐ do dvou měsíců od uzavření ☐ po pojistné události

☐ **2. Ukončuji pojistnou smlouvu pro nesouhlas se změnou pojistného**

☐ **3. Odstoupení od smlouvy uzavřené mimo obchodní prostory** (do 14 dnů od uzavření)

☒ **4. Navrhuji ukončení dohodou ke dni** 31 07 2022 Dohoda o ukončení pojištění vyžaduje schválení pojistitele.

Upřesnění důvodů k dohodě

přepracování do PS 4786508945 od 1.9.2022

Ukončuji/vypovídám pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

DŮVODY ZÁNIKU

B Oznámení o zániku z objektivních důvodů:

☐ změny v osobě vlastníka ☐ vyřazení vozidla z evidence ☐ úmrtí ☐ odcizení vozidla

☐ přepracování dohodou na pojistnou smlouvu číslo: ☐ přestěhování (pouze pro pojištění domácnosti)

☐ zániku pojistného rizika (ukončení prac. činnosti,...)

Ukončuji pouze tato pojištění. Není-li vyplněno, týká se žádost všech pojištění sjednaných v pojistné smlouvě.

VRÁCENÍ PŘEPLATKU

Případný přeplatek pojistného zašlete:

☐ **Na pojistnou smlouvu číslo:**

☐ **Na účet:** Předčíslí a číslo účtu Kód banky Název banky

☐ **Na adresu:** Jméno a příjmení / Název právnické osoby

Ulice (místo) Č. p. / č. or.

Obec (pošta) PSČ

V případě zaslání přeplatku na adresu dojde ke snížení zaslané částky o náklady spojené s výplatou přeplatku, které jsou uvedeny v Sazebníku poplatků.
V případě, že k datu zániku pojištění bude na pojistné smlouvě evidován dluh, souhlasím s jeho úhradou dle pokynů pojistitele.

PŘÍLOHY

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 Generali České pojišťovny a.s., který doplní konkrétní informace o nárocích a dopadech spojených s ukončením pojištění.

Upozornění: Vystupuje-li za právnickou osobu zaměstnanec či zmocněnec, musí být u podpisu tyto náležitosti: vlastnoruční podpis, jméno a příjmení jednající osoby a role, v níž jedná na základě dokumentu potvrzujícího oprávněnost k zastupování. Pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Generali České pojišťovny a.s. musí být vždy identifikován získatelským číslem.

V dne 20

Správce PS ☐ ANO ☐ NE **Získatelské číslo**

V případě, že se rozhodnete pojištění ponechat v platnosti, můžete pro **odvolání tohoto pokynu k ukončení pojištění** využít speciální **telefonní linku 542 595 914** v pracovních dnech od 8 do 17 hodin, a to nejpozději do dne ukončení pojištění.

MĚSTO DOBŘICHOVICE

Podpis pojistníka/ zástupce pojistníka / Číslo OP

Jméno, příjmení a podpis pojišťovacího zprostředkovatele / zaměstnance pojistitele

99.3.00.010 01.2020 v01

TC43009000018_TG93009000016