



## A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika  
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

## B. POJISTNÍK / JINÁ OSOBA

Pojistníka  Jiné osoby, vztah jiné osoby k pojistníkovi

Rodné číslo / IČO: 0 | 6 | 9 | 6 | 8 | 1 | 5 | 5 | Přijímání/Název: Kancelář architektury města K. Vary, p.o. Jméno: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát): \_\_\_\_\_ Platnost průkazu do: \_\_\_\_\_ Místo, stát narození<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_

Jiné státní občanství než ČR, jaké? \_\_\_\_\_  Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR?)<sup>3)</sup> Kterého? \_\_\_\_\_ DIČ<sup>4)</sup>: \_\_\_\_\_ PEP<sup>5)</sup>:  Ano

Adresa trvalého bydliště / bydliště či sídla (změna bude provedena u všech smluv označeného pojistníka v rámci pojistného vztahu): \_\_\_\_\_ Ulice (místo), číslo popisné/orientační: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Obec – dodací pošta: \_\_\_\_\_  Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód<sup>6)</sup>: \_\_\_\_\_

## C. DŮVOD UKONČENÍ POJISTNÉ SMLOUVY

Výpověď pojistné smlouvy

ke konci pojistného období (podmínka doručení 6 týdnů před koncem pojistného období)  do 2 měsíců od uzavření pojistné smlouvy  do 3 měsíců od oznámení vzniku pojistné události  z důvodu nesouhlasu se změnou výše pojistného

Zánik pojistné smlouvy z důvodu (vyberte pouze jeden důvod)

Ukončení uplynutím dne: \_\_\_\_\_

změna vlastníka předmětu pojištění (např. z důvodu prodeje, darování pojištěné věci)<sup>7)</sup>

vyřazení vozidla z registru / dočasného uložení RZ (pro havarijní pojištění i povinné ručení vozidel, nutno doložit kopti TP)

zánik fyzické existence vozidla (platí pro havarijní pojištění a povinné ručení vozidel bez RZ)

odcizení vozidla (nutno doložit doklad policie)

přestěhování (platí pro pojištění domácnosti, do Poznámky nutno uvést novou adresu)

ukončení podnikatelské činnosti / zánik právnické osoby (neplatí pro pojištění vozidel)

zániku pojištěné věci nebo pojistného rizika (např. z důvodu odstranění stavby) Pojistná událost  Ano

úmrtí (nutno doložit kopti úmrtího listu nebo usnesení o dědickém řízení)

pojistníka následkem  úrazu  pojistného  nemoci Datum úmrtí: \_\_\_\_\_ Vznik nové pojistné smlouvy č.: \_\_\_\_\_

Ukončení pojistné smlouvy dohodou z důvodu vzniku nové pojistné smlouvy Ukončení uplynutím dne: 3 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 9 Vznik nové pojistné smlouvy č.: 8 | 6 | 0 | 3 | 4 | 7 | 6 | 6 | 0 | 5

Ostatní důvody zániku (neuveďte výše) Ukončení uplynutím dne: \_\_\_\_\_

## D. POZNÁMKA

Poznámka / jiná sdělení

## E. ZRUŠENÍ ŽÁDOSTI

Zrušení žádosti o ukončení pojistné smlouvy ze strany klienta

## F. FINANČNÍ VYPOŘÁDÁNÍ A DOKUMENTY

Případné nespotřebované pojistné / odkupné / jiné plnění poukázat na

Číslo účtu: \_\_\_\_\_ Kód banky: \_\_\_\_\_ Specifický symbol: \_\_\_\_\_

Pojistnou smlouvu č.: \_\_\_\_\_ jako  běžné pojistné<sup>8)</sup> nebo  mimořádné pojistné<sup>9)</sup> do  garantovaného fondu / na účet pojistníka

Adresu trvalého bydliště / bydliště či sídla pojistníka do  vkladového fondu

Korespondenční adresu pojistníka uvedenou v ukončované pojistné smlouvě do  jiného fondu (uvést celý název)

Změnit korespondenční adresu na pojistné smlouvě (u ukončení pojistné smlouvy z důvodu úmrtí je vyplnění této adresy povinné) Adresa bude sloužit pro veškerou korespondenci spojenou s ukončovanou pojistnou smlouvou a pro poukázání nespotřebovaného pojistného / odkupného / jiného plnění, pokud není výše uvedeno jinak.

Vystavit potvrzení o době trvání pojištění a škodném průběhu  Převést rozhodnou dobu na pojistnou smlouvu č. \_\_\_\_\_

Převzaté dokumenty  Zelená karta  Kupní smlouva  Kopie TP  Doklad policie  Úmrtí list  Dědické řízení  Plná moc  Jiné

**Zpracování osobních údajů bez Vašeho souhlasu** - Pojistník popř. jeho zástupce bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojišťovna pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění a zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

**Povinnost pojistníka informovat třetí osoby** - Pojistník se zavazuje informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od pojistníka, a případně další osoby, které uvedl v této žádosti, o zpracování jejich osobních údajů.

Datum vyplnění žádosti<sup>1)</sup>: 3 | 0 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 9

Podpis pojistníka: \_\_\_\_\_ Podpis pojistitelce – vztah: \_\_\_\_\_ Jméno, příjmení / název a podpis ziskatele: \_\_\_\_\_

Získatelské číslo: 1 | 9 | 4 | 3 | 9 | 3 | 5 | 3 | 3 | 0 | 0 | 6 | 1 | 8 E-mail: [acelovska@koop.cz](mailto:acelovska@koop.cz)

Získatel ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti.