



viac ako / štandard

Poistenie vozidiel
Výpoved' poistnej zmluvy

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY

AXA poisťovňa a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 281 95 604, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 12826, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: **AXA poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava**, IČO: 36 857 521, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1576/B. Korešpondenčná adresa: AXA poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 64 Bratislava, Slovenská republika (ďalej len „poisťovateľ“)

Naskenovaný, poisťníkom podpísaný formulár môžete zaslať aj na e-mailovú adresu: nezivot.admin@axa.sk Do predmetu správy uveďte skratku **CCS a číslo poistnej zmluvy. Žiadosti odoslané e-mailom už neposielajte poštou.**

POISTNÍK (ÚDAJE ZO ZMLUVY)

PRIEZVISKO/NÁZOV	
MENO	RODNÉ ČÍSLO/IČO <input type="text"/>
E-MAIL	TELEFÓN <input type="text"/>

PREDMET VÝPOVEDE

Žiadam o výpoved' vyššie uvedenej poistnej zmluvy. Ako dôvod ukončenia poistnej zmluvy uvádzam:

- KONIEC POISTNÉHO OBDOBIA**
VÝPOVEĎ MUSÍ BYŤ DORUČENÁ DO SÍDLA SPOLOČNOSTI ALEBO NA KOREŠPONDENČNÚ ADRESU NAJMENEJ 6 TÝŽŔŇOV PRED UPLYNUTÍM POISTNÉHO OBDOBIA; V TAKOM PRÍPADE POISTENIE ZANIKÁ UPLYNUTÍM POISTNÉHO OBDOBIA
- UKONČENIE ZMLUVY DO 2 MESIACOV OD UZATVORENIA ZMLUVY**
VÝPOVEĎ MUSÍ BYŤ DORUČENÁ DO SÍDLA SPOLOČNOSTI ALEBO NA KOREŠPONDENČNÚ ADRESU V LEHOTE DO 2 MESIACOV OD UZATVORENIA ZMLUVY; V TAKOMTO PRÍPADE POISTENIE ZANIKNE UPLYNUTÍM 8-DŇOVEJ VÝPOVEDNEJ LEHOTY
- PREDAJ**
JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ KÓPIU TECHNICKÉHO PREUKAZU S PREPISOM NA NOVÉHO DRŽITEĽA/VLASTNÍKA
- DOČASNÉ/TRVALÉ VYRADENIE VOZIDLA Z EVIDENCIE KU DŇU**
JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ KÓPIU TECHNICKÉHO PREUKAZU S VYZNAČENÝM DÁTUMOM VYRADENIA VOZIDLA Z EVIDENCIE
- INÝ**
NAPR. ODCUDZENIE, DOHODOU, PO POISTNEJ UDALOSTI

Preplatok poistného žiadam poukázať na účet:

ČÍSLO ÚČTU (IBAN)

PODPISY

DÁTUM PODPISU <input type="text"/>	MIESTO PODPISU
------------------------------------	----------------

PRÍLOHY

PODPIS POISTNÍKA ⁴⁾	PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA	ÚDAJE FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA
		ID KÓD <input type="text"/>
		KONTAKTNÝ TEL. <input type="text"/>



* BV *

⁴⁾ Ak je poisťníkom právnická osoba, uveďte meno, priezvisko a funkciu štatutárneho orgánu.