

ČÍSLO POISŤNEJ ZMLUVY

AXA poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava Naskenovaný, poisťníkom podpísaný formulár s prípadnými prílohami nám, prosím, **vložte na epodatelna.uniqua.sk..** Urýchlite tým jeho spracovanie. Dokumenty a žiadosti zaslané prostredníctvom E-podatelne už **neposielajte klasickou „papierovou“ poštou ani e-mailom.**

POISŤNÍK (ÚDAJE PODĽA ZMLUVY)

PRIEZVISKO/NÁZOV

MENO RODNÉ ČÍSLO/IČO

PREDMET ŽIADOSTI O ZMENU (VYPLŇTE IBA ÚDAJE, KTORÉ CHCETE ZMENIŤ)

POISŤNÍK PRIEZVISKO/NÁZOV

MENO RODNÉ ČÍSLO/IČO*

* Vyplňte iba v prípade, ak ide o opravu chybného zadania RČ/IČO v poisťnej zmluve.

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA ADRESA TRVALÉHO POBYTU (SÍDLA)

ULICA ČÍSLO SÚPISNÉ/ORIENTAČNÉ

OBEC PSČ

E-MAIL MOBIL

Poisťník vyhlasuje, že je riadnym užívateľom uvedenej adresy emailovej schránky a zároveň **súhlasí s tým, aby mu poisťovateľ zasielal oznámenia a ďalšie dokumenty týkajúce sa poisťnej zmluvy a šetrenia a likvidácie poisťnej udalosti** elektronickou formou na uvedený e-mail. Dokument odoslaný elektronickou formou sa považuje za doručený okamihom jeho odoslania na e-mail uvedený poisťníkom. Poisťník sa zaväzuje každú zmenu adresy emailovej schránky bez zbytočného odkladu oznámiť poisťovateľovi. Poisťovateľ nezodpovedá za prípadné škody vzniknuté uvedením nesprávneho alebo neúplného znenia adresy emailovej schránky, neoznámením jej neskorších zmien poisťníkom alebo nefunkčnosťou emailovej schránky poisťníka (napr. z dôvodu naplnenia jej kapacity).

Poisťník **nesúhlasí** so zasielaním oznámení a ďalších dokumentov týkajúcich sa poisťnej zmluvy a šetrenia a likvidácie poisťnej udalosti na hore uvedenú adresu emailovej schránky.

VOZIDLO EVIDENČNÉ ČÍSLO ČÍSLO TECHNICKÉHO PREUKAZU

ŽIADAM O VYDANIE ZELENEJ KARTY

PLATBA POISŤNÉHO FREKVENCIA SPLÁTOK ROČNÁ POLROČNÁ ŠTVŔŤROČNÁ SPÔSOB PLATENIA POŠTOVÝ POUKAZ PREVODNÝ PRÍKAZ

OSTATNÉ ZMENY

PODPISY (PODPIS A IDENTIFIKÁCIA SPROSTREDKOVATEĽA SÚ NEPOVINNÉ, POKIAĽ ŽIADOSŤ PODÁVA SÁM POISŤNÍK)

DÁTUM PODPISU MIESTO PODPISU

PODPIS POISŤNÍKA

MENO A PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA

ÚDAJE FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA

ID KÓD

KONTAKTNÝ TEL.

AZ

