

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY

AXA pojišťovna a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, 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 pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 36 857 521, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1576/B

AXA pojišťovna a.s. je členom skupiny UNIQA Insurance Group.

Naskenovaný, poistníkom podpísaný formulár s požadovanými prílohami nám, prosím, **vložte na epodatelna.uniqa.sk**, urýchlite tým jeho spracovanie. Dokumenty a žiadosti zaslané prostredníctvom E-podatelne už **neposielajte klasickou „papierovou“ poštou ani e-mailom.**

POISTNÍK (ÚDAJE ZO ZMLUVY)

PRIEZVISKO/NÁZOV	
MENO	RODNÉ ČÍSLO/IČO
E-MAIL	TELEFÓN

UKONČENIE POISTENIA

Ak žiadate ukončiť len časť poistnej zmluvy, uveďte názov poistenia/pripoistenia, ktoré má byť ukončené:

- PODÁVAM VÝPOVEĎ POISTENIA KU KONCU 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
- PODÁVAM VÝPOVEĎ POISTENIA 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

- ŽIADAM O UKONČENIE POISTENIA Z DÔVODU ZMENY DRŽITEĽA (PZP) ALEBO VLASTNÍKA (HAVARIJNÉ POISTENIE) VOZIDLA KU DŇU:**
JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ KÓPIU TECHNICKÉHO PREUKAZU S PREPISOM NA NOVÉHO DRŽITEĽA/VLASTNÍKA

- ŽIADAM O UKONČENIE POISTENIA Z DÔVODU DOČASNÉHO/TRVALÉHO VYRADENIA VOZIDLA Z EVIDENCIE KU DŇU:**
JE POTREBNÉ DOLOŽIŤ POTVRDENIE O ODOBRATÍ TABULIEK S EVIDENČNÝM ČÍSLOM A OSVEDČENIE O EVIDENCII VOZIDLA ALEBO DOKLAD O ZOŠROTOVANÍ VOZIDLA

- INÝ DÔVOD UKONČENIA POISTENIA**
NAPR. ODCUDZENIE, DOHODOU, PO POISTNEJ UDALOSTI

Preplatok poistného žiadam poukázať na účet:

ČÍSLO ÚČTU (IBAN)

PODPISY (PODPIS A IDENTIFIKÁCIU SPROSTREDKOVATEĽA UVIESŤ LEN AK POISTNÍK PODÁVA ŽIADOSŤ PROSTREDNÍCTVOM SPROSTREDKOVATEĽA)

DÁTUM PODPISU	MIESTO PODPISU
---------------	----------------

PRÍLOHY

PODPIS POISTNÍKA ⁴⁾	PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA	ÚDAJE FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA
		ID KÓD
		KONTAKTNÝ TEL.

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

