

Žádost o změnu pojistné smlouvy

N1

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY

Pojistitel: AXA pojišťovna a.s.

Kontaktní adresa: AXA pojišťovna a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika

Sídlo společnosti: AXA pojišťovna a.s., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika

AXA linka: +420 292 292 292, e-mail: info@axa.cz, www.axa.cz

IČO: 281 95 604, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 12826

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

Naskenovaný, pojistníkem podepsaný formulář s požadovanými přílohami nám, prosím, **vložte na epodatelna.uniqa.cz**, urychlíte tím jeho zpracování. Dokumenty a žádosti již zaslané prostřednictvím E-podatelny neposílejte ve formě poštovní zásilky ani prostřednictvím elektronické komunikace (e-mailem). Dovolujeme si Vás upozornit, že doručení formuláře na adresy obchodních míst / zastoupení AXA nemá potřebné právní účinky.

Pojistník (údaje ze smlouvy)

PŘÍJMENÍ / NÁZEV FIRMY

JMÉNO

RODNÉ ČÍSLO / IČO

E-MAIL

MOBILNÍ TELEFON

Předmět žádosti o změnu (vyplňujte pouze údaje, které chcete měnit)

 POJISTNÍK

PŘÍJMENÍ / NÁZEV FIRMY

JMÉNO

OPRAVA RČ / IČO

 Kontaktní adresa Adresa trvalého bydliště (sídla)

ULICE

ČÍSLO POPISNÉ / ORIENTAČNÍ

OBEC

PSČ

E-MAIL

MOBILNÍ TELEFON

Pojistník prohlašuje, že je řádným uživatelem uvedené e-mailové adresy a jejím uvedením **požaduje, aby mu pojistitel zasílal oznámení a další dokumenty týkající se pojistné smlouvy, šetření a likvidace pojistné události** elektronickou formou na uvedenou e-mailovou adresu. Dokument odeslaný touto elektronickou formou se považuje za doručení okamžikem jeho odeslání na e-mailovou adresu uvedenou pojistníkem. Pojistník je povinen každou změnu e-mailové adresy bezodkladně oznámit pojistiteli. Pojistitel není povinen k náhradě případné škody, která vznikne uvedením nesprávné nebo neúplné e-mailové adresy, neoznámením její změny nebo nefunkčnosti e-mailové schránky pojistníka (například z důvodu naplnění její kapacity).

Pojistník **nesouhlasí** se zasíláním oznámení a dalších dokumentů týkajících se pojistné smlouvy, šetření a likvidace pojistné události elektronickou formou na uvedenou e-mailovou adresu a požaduje, aby oznámení a další dokumenty byly zaslány v listinné podobě na výše uvedenou poštovní adresu.



AZ

VOZIDLO

REGISTRAČNÍ ZNAČKA (SPZ)

ČÍSLO TECHNICKÉHO PRŮKAZU

 PLATBA POJISTNÉHO

FREKVENCE SPLÁTEK: roční splátky pololetní splátky čtvrtletní splátky

ZPŮSOB PLACENÍ: poštovní poukázka převodní příkaz

 OSTATNÍ ZMĚNY

Podpisy

DATUM PODPISU

PODPIS POJISTNÍKA¹⁾

MÍSTO PODPISU

PODPIS FINANČNÍHO ZPROSTŘEDKOVATELE

Údaje o finančním zprostředkovateli

JMÉNO

PŘÍJMENÍ

ID

MOBILNÍ TELEFON

¹⁾ Pokud je pojistníkem právnická osoba, uveďte jméno, příjmení a funkci zastupující osoby.