



Pojistná smlouva číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Příjmení/ název	Jméno	Rodné číslo/IČ							
--------------------	-------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Pojistník	Jméno	Příjmení/ název
Oprava RČ/IČ		
<input type="checkbox"/> Kontaktní adresa	<input type="checkbox"/> Adresa trvalého bydliště (sídla)	
Ulice	Číslo popisné/ orientační	
Obec	PSČ	
<input type="checkbox"/> Adresa trvalého bydliště (sídla) je shodná s kontaktní adresou	<input type="checkbox"/> Kontaktní adresa je shodná s trvalým bydlištěm (sídlem)	
E-mail	Mobil	

Pojistník prohlašuje, že je řádným uživatelem uvedené e-mailové adresy a jejím uvedením souhlasí s tím, aby mu pojistitel zasílal oznámení a další dokumenty týkající se pojištění, které mají informační povahu a dále oznámení a dokumenty týkající se šetření a likvidace pojistné události elektronickou formou na uvedenou e-mailovou adresu. Písemná forma takto zasláných dokumentů je zachována. 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 nefunkčností e-mailové schránky pojistníka (například z důvodu naplnění její kapacity).

Pojistník nesouhlasí se zasíláním oznámení a dalších dokumentů týkajících se pojištění, které mají informační povahu a dále oznámení a dokumenty týkajících se šetření a likvidace pojistné události elektronickou formou na uvedenou e-mailovou adresu.

<input type="checkbox"/> Vozidlo	Registrační značka/SPZ		Číslo technického průkazu	
<input type="checkbox"/> Žádám o vydání Zelené karty				

<input type="checkbox"/> Platba pojistného	Frekvence	<input type="checkbox"/> roční splátky	<input type="checkbox"/> pololetní splátky	<input type="checkbox"/> čtvrtletní splátky	Způsob placení	<input type="checkbox"/> poštovní poukázka	<input type="checkbox"/> převodní příkaz
---	-----------	--	--	---	----------------	--	--

<input type="checkbox"/> Ostatní změny	

Místo	Pojistník	Zástupce pojistitele	
Datum	Kód	Osobní číslo	Kontaktní telefon

500147 11./2014 Originál pro pojistitele, kopie pro klienta

