HASIČSKÁ VZÁJEMNÁ POJIŠŤOVNA

Římská 2135/45, 120 00 Прага 2
зарегистрированная в торговом реестре в Городском суде Праги,
раздел B, вкладыш 2742
ИН: 46973451 ИНН: CZ46973451 тел.: +420 222 119 119 info@hvp.cz

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ / РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Номер договора страхования: ..... **Персональный номер:** .....

Имя и фамилия / наименование заявителя: .....

Отношение заявителя к договору страховани: .....

Контактные данные: телефон: ..... эл.почта: .....

Номер банковского счета (если заявление связано с возвратом страховой премии - **обязательно**):

.....

1. **Прошу внести следующие изменения/исправления в договор страхования** (отметьте необходимое изменение):

☐ **Имя, фамилия** Страхователь ☐ Застрахованное лицо ☐

Новое имя и фамилия: .....

☐ **Наименование компании страхователя** (при условии неизменного ИН, например, смена из s.r.o. на a.s.):

Новое наименование компании: .....

☐ **Адрес** Страхователь ☐ Застрахованное лицо ☐

☐ Новый постоянный адрес: .....

☐ Новый контактный адрес: .....

☐ **Электронная почта/номер телефона:** Новые данные: .....

☐ **Другое изменение/исправление** (укажите своими словами)**:**

Запрашиваемое изменение: .....

2. **Прошу расторгнуть договор страхования:**

☐ **До начала срока действия страхования.**

Укажите причину расторжения: .....

☐ **После начала срока действия страхования.**

Укажите причину расторжения: .....

☐ **При изменении условий страхования.**

Укажите причину изменения: .....

☐ **Расторжение в течение 2 месяцев с момента заключения договора с уведомлением за 8 дней, в соответствии с §2805 закона №89/2012 Сз.**

☐ **Расторжение по другой причине.**

Укажите причину: .....

г. ..... дата .....

.....
Подпись страхователя