



0000000000Z0088

Ukončení pojistné smlouvy

Z0088

Pojistník

Číslo pojistné smlouvy (návrhu) životního pojištění

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

Příjmení, jméno, titul / obchodní firma: _____ RČ/IČ

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

Korespondenci/výplatu zašlete na adresu: _____

Tato adresa slouží pouze k výše uvedenému úkonu, nedochází k automatické opravě adresy sjednané v pojistné smlouvě.

Text pro ukončení pojistné smlouvy (pro všechny typy pojištění vyjma Kapitálového životního pojištění JUNIOR uzavřeného do 1. 9. 2002 – viz dále):

Typ výpovědi u **Kapitálového životního pojištění JUNIOR** (dříve SPOROLIST) uzavřeného do 1. 9. 2002; zaškrtněte zvolenou variantu:

a) s tříměsíční výpovědní lhůtou ☐ b) jiným způsobem ☐

Pro pojištění k úvěrům

Úvěr č. _____, poskytnutý peněžním ústavem (uveďte název) _____

☐ byl doplacen dne _____ ☐ byl ukončen (z důvodu nečerpání) ke dni _____ ☐ nebyl realizován
(nutno vyplnit konkrétní datum)

Potvrzení vystavil/a:

Příjmení, jméno: _____ tel.: _____

Razítko a podpis osoby, která potvrzení vystavila

Úvěrové životní pojištění bude ukončeno ke dni splacení úvěru nebo ke dni ukončení z důvodu nečerpání úvěru, ostatní druhy životního pojištění budou ukončeny na konci pojistného období po uplynutí šestitýdenní výpovědní lhůty.

Odkupné, vznikl-li na jeho výplatu při ukončení pojistné smlouvy nárok, poukažte:

☐ **Na účet klienta**

☐ **vedený v ČR** – číslo účtu _____

variabilní symbol _____ specifický symbol _____

☐ **vedený v zahraničí** – v případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis Z0050 Příkaz k provedení platby do zahraničí

☐ **Na účet České spořitelny, a.s., (tzv. sběrný účet)** – výplatu pojistného plnění lze vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.

☐ **Poštovní poukázkou typu B na výše uvedenou adresu pojistníka (příjemce plnění) v ČR**

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, zpracovávala informace získané ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „zákon“), které jsou k provedení identifikace nezbytné, včetně předložení příslušných dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojistitel může pro účely provedení identifikace a její kontroly dle zákona pořizovat kopie nebo výpisy z předložených dokladů.

Podpis pojistníka: _____

Jestliže je pojistník odlišný od pojištěného (pojištěných osob), musí být žádost podepsaná i pojištěnými osobami.

Příjmení, jméno pojištěné osoby _____ podpis pojištěné osoby _____

Příjmení, jméno pojištěné osoby _____ podpis pojištěné osoby _____

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci pojistníka (příjemce plnění). Provedení identifikace je povinné v případě, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na korespondenční adresu. **V případě, že nebude identifikace provedena nebo nebude úplná a plnění přesáhne hranici danou zákonem č. 253/2008 Sb., bude výplata pojistného plnění přednostně zaslána na účet České spořitelny, a.s., (tzv. sběrný účet) – týká se jen pojištěných osob s kontaktní adresou v ČR.**

Pokud je pojistníkem právnická osoba, je nutné přiložit formulář pro identifikaci právnické osoby (Z1111) spolu s výpisem z obchodního rejstříku, který není starší tří měsíců.

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka, údaj o pohlaví ☐ muž ☐ žena a shodu podoby pojistníka s vyobrazením

dle platného průkazu totožnosti ☐ č. _____, doba platnosti do _____, průkaz totožnosti byl vydán státem/orgánem _____

Trvalý nebo jiný pobyt _____

Místo narození _____ Státní občanství _____

Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení a jméno

Identifikace partnera (HR)

Identifikace poradce

Podpis

--	--	--	--

(vyplňte hůlkovým písmem)

V _____ dne _____ Telefon zástupce pojistitele _____