

Ukončení pojistné smlouvy

Z5088

Číslo pojistné smlouvy/nabídky/návrhu životního pojištění

Pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma:

Rodné číslo / IČO

Telefon

Korespondenci/výplatu zašlete na adresu:

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

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:

s tříměsíční výpovědní lhůtou jiným způsobem

Pro pojištění k úvěrům

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

byl doplacen dne: _____ nebyl realizován
(nutno vyplnit konkrétní datum)

byl ukončen ke dni: _____ důvod: _____

Potvrzení vystavil/a:

Příjmení, jméno:

Telefon

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

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

Na účet **vedený v ČR** - číslo účtu _____ - _____
variabilní symbol _____ specifický symbol _____

vedený v zahraničí - v případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis Příkaz k provedení platby
(Výplata na účet klienta do zahraničí)

Poštovní poukázkou typu B na výše uvedenou adresu pojistníka (příjemce plnění) v ČR (za tento způsob výplaty je pojišťovnou účtován poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

Kontrola klienta

Pokud mi bude poskytnuto plnění z pojistné smlouvy:

dosahující ekvivalentu 15 000 EUR a vyšší,

v jakékoliv výši a jsem PEP,

v jakékoliv výši a splňuji jinou podmínku dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů,

uvádím plánované použití těchto finančních prostředků _____.

Následující údaje prosím vyplňte pouze, pokud od vás již tuto informaci nemáme uvedenou na některém z dříve vyplněných formulářů, nebo pokud došlo ke změně oproti dříve uvedenému stavu.

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?

Ano Ne

Daňový rezident (i) jiného státu než ČR? Ne Ano Kterého? _____

DIČ (daňové identifikační číslo) _____

Jsem-li daňovým rezidentem USA nebo je-li stát mého trvalého bydliště odlišný od státu mého daňového rezidentství, přiložím vyplněný příslušný formulář.

Jako pojistník prohlašuji, že jsem si vědom/a povinnosti seznámit pojištěné osoby a zákonného zástupce nezletilých pojištěných dětí s ukončením pojistné smlouvy.

Informace o zpracování osobních údajů

Zpracování osobních údajů bez vašeho souhlasu

Podpisem tohoto formuláře berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojišťovna pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění a zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Informace o zpracování vašich osobních údajů, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky, právo na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

_____ podpis pojistníka

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, je povinností provést identifikaci pojistníka (příjemce plnění). Provedení identifikace je povinné v případě, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na kontaktní adresu. Pokud je pojistníkem právnická osoba, je nutné přiložit formulář Identifikace a základní kontrola klienta – právnické osoby nebo formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (pro fyzickou osobu podnikající) 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. _____

dobu platnosti do _____, vydán státem _____ orgánem _____

Trvalý nebo jiný pobyt

Ulice _____ Č.p. _____ PSČ _____

Obec _____ Stát _____

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, ve znění pozdějších předpisů, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení a jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

V

dne

_____ podpis poradce / spolupracovníka ziskatele