



Oznámení o odstoupení od pojistné smlouvy

| | | | |
|--|---|--|---|
| A. Pojistitel | Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897 | | |
| B. Pojistník / jiná osoba | Identifikace¹⁾ – uvádějte aktuální údaje <input type="checkbox"/> Pojistníka <input type="checkbox"/> Jiné osoby | Vztah jiné osoby k pojistníkovi | Telefon jiné osoby |
| | Rodné číslo / IČO | Titul, jméno, příjmení / Název | |
| | Adresa trvalého pobytu / bydliště či sídla | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ²⁾ <input type="checkbox"/> ANO |
| <small>¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant). ²⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Identifikace a kontrola klienta. Blíže informace naleznete na internetových stránkách pojistitele. Není-li vyplněno, platí NE.</small> | PSČ | Obec – dodací pošta <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód | |
| C. Odstoupení | Oznamuji tímto, že odstupuji od shora uvedené pojistné smlouvy / nabídky. | | |
| D. Finanční vyrovnání | Zaplacené pojistné poukázat na: | | |
| | <input type="checkbox"/> Číslo účtu | | Kód banky |
| | <input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu / bydliště či sídla pojistníka | | |
| | <input type="checkbox"/> Korespondenční adresu uvedenou v ukončované pojistné smlouvě nebo v oddíle E. | | |
| E. Změna korespondenční adresy | Změnit korespondenční (kontaktní) adresu na pojistné smlouvě. Adresa bude sloužit pro veškerou korespondenci ukončované pojistné smlouvy a pro poukázání zaplaceného pojistného, pokud není výše uvedeno jinak. | | |
| F. Kontrola klienta | Budou-li klientovi z pojistné smlouvy vráceny finanční prostředky | | Uveďte plánované použití těchto finančních prostředků: |
| | <input type="checkbox"/> nad 15 000 EUR <input type="checkbox"/> v jakékoliv výši a jelikož je PEP <input type="checkbox"/> v jakékoliv výši a splní podmínky dle zákona 253/2008, Sb. | | |
| G. Přiložené dokumenty | <input type="checkbox"/> Zelená karta <input type="checkbox"/> Asistenční karta <input type="checkbox"/> Plná moc <input type="checkbox"/> Jiné (uveďte) | | |
| H. Informace o zpracování osobních údajů (OÚ) | Zpracování osobních údajů bez Vašeho souhlasu – Pojistník popř. jeho zástupce bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojistitel pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, 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, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“. Povinnost pojistníka informovat třetí osoby – Pojistník se zavazuje informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od pojistníka, a případně další osoby, které uvedl v této žádosti, o zpracování jejich OÚ. | | |
| Datum vyplnění žádosti | Podpis pojistníka / jiné osoby / zákonného zástupce - vztah | | |

Formulář je nutné zaslat pojišťovně: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice.

Poučení pojistníka o právu na odstoupení od smlouvy

- Jestliže jste uzavřel Vaši pojistnou smlouvu
 - výhradně za použití prostředku komunikace na dálku, máte právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu ve lhůtě 14 dnů ode dne následujícího po dni uzavření smlouvy.
 - životního pojištění, máte právo odstoupit od smlouvy bez udání důvodu ve lhůtě 30 dnů ode dne následujícího po dni uzavření smlouvy.
- Odstoupit **nelze** od pojistné smlouvy:
 - uzavřené formou obchodu na dálku, kterou je sjednáno cestovní pojištění s pojistnou dobou kratší než jeden měsíc,
 - ve které pojistník sjednal počátek služby ke dni předcházejícímu uplynutí lhůty pro odstoupení, jestliže před doručení oznámení o odstoupení nastal sjednaný konec pojištění. Pokud ke dni doručení oznámení o odstoupení od pojistné smlouvy pojištění trvá, lze od pojistné smlouvy odstoupit, ale pojistitel má právo na náhradu částky odpovídající rozsahu poskytnutých služeb či pojistného plnění do okamžiku doručení odstoupení.
- Odstoupení od smlouvy je jednostranné právní jednání, které musí mít písemnou formu a musí být doručeno pojistiteli.
- K odstoupení můžete využít tento formulář, není to však Vaší povinností.
- Odstoupení od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší.
- Pokud od smlouvy odstoupíte, vrátíme Vám bez zbytečného odkladu zaplacené pojistné snížené o vyplacené pojistné plnění, a to nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy nám došlo Vaše oznámení o odstoupení od smlouvy. Bylo-li však pojistné plnění vyplaceno ve výši přesahující výši zaplaceného pojistného, vrátí pojistník, popřípadě pojištěný nebo obmyslený, pojišťovně částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje zaplacené pojistné.