



Oznámení o odstoupení od pojistné smlouvy

Pojistitel: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“)

| | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------------------------|------------------|--|-----------|--|
| Pojštěný | Příjmení | | Jméno | Titul | Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž | Telefon | |
| | Rodné číslo | | Místo narození (město a země) | Státní občanství | E-mail | | |
| | Průkaz totožnosti <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný: | | Číslo průkazu | Vydaný kým | | Platný do | |
| | Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné) | | | PSC | Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR) | | |
| | Kontaktní adresa (ulice a číslo popisné) ¹ | | | PSC | Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR) | | |

Oznamuji, že tímto odstupuji od pojistné smlouvy číslo uzavřené s NN Životní pojišťovnou N.V., pobočkou pro Českou republiku.

| | | | |
|----------------------|---|----------------------|-----------|
| Způsob výplaty | V případě, že je již na shora specifikované smlouvě zaevidováno pojistné, prosím, aby mi bylo vráceno: | | |
| | <input type="checkbox"/> Poštovní poukázkou mou adresu trvalého pobytu uvedenou výše | | |
| | <input type="checkbox"/> Převodem na bankovní účet, u kterého jsem vlastníkem nebo spoluvlastníkem | | |
| | číslo účtu | | kód banky |
| <input type="text"/> | - <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| variabilní symbol | specifický symbol | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Datum a podpis | V | dne | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | | Podpis pojistníka |

¹ Vyplňte pouze v případě, že se liší od adresy trvalého pobytu.