

KLIENT

Číslo klientské smlouvy _____

SPZ vozidla _____

Klient _____

Rodné číslo / IČ _____

Mobilní telefon _____

E-mail _____

NAVRHOVANÝ DEN ÚČINNOSTI DOPLŇKOVÉHO POJIŠTĚNÍ

(účinnost požadované změny bude navržena k nejbližší řádné splátce, jejíž splatnost nastane minimálně třicet (30) dní od podání této žádosti)

POŽADOVANÉ DOPLŇKOVÉ POJIŠTĚNÍ OD POJIŠŤOVNY Kooperativa pojišťovna, a.s.

Pojištění čelního skla

Pojištění zavazadel ve vozidle

Pojištění nákladů za nájem náhradního vozidla

Úrazové pojištění

POŽADOVANÝ ZPŮSOB DORUČENÍ NÁVRHU NOVÉHO SPLÁTKOVÉHO KALENDÁŘE

e-mailem

poštou na korespondenční adresu

(tímto beru na vědomí, že tato adresa bude využívána i pro účely budoucího doručování korespondence od spol. s Autoleasing, a.s. pokud v této žádosti neuvedu jinak)

OBECNÉ INFORMACE

Doplňkové pojištění vozidla je možné uzavřít pouze v případě, kdy má již klient v rámci své smlouvy sjednáno prostřednictvím společnosti s Autoleasing, a.s. pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla (tzn. povinné ručení) nebo havarijní pojištění vozidla od pojišťovny Kooperativa pojišťovna, a.s.

Datum podpisu _____

Podpis klienta

Jméno a příjmení _____

(hůlkovým písmem)