

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO:31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH,
zapsaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I,
oddiel: Sa, vložka č. 3345/B

POISTNÍK

Meno, priezvisko, titul / Obchodné meno	
Štatutárny orgán	Rodné číslo / IČO
Adresa trvalého bydliska / Sídlo – ulica, č. domu	
PSČ	Miesto – dodacia pošta
Mobilný telefón/telefonický kontakt	Číslo OP / Pasu
E-mail	

Žiadosť o zmenu v poisťnej zmluve – povinné zmluvné poistenie

Číslo poisťnej zmluvy		Číslo návrhu	
☐ Zmena trvalej adresy/ sídla firmy na:			
Ulica, č. domu:		PSČ:	
Miesto – dodacia pošta:		Štát:	
☐ Zmena korešpondenčnej adresy na:			
Ulica, č. domu:		PSČ:	
Miesto – dodacia pošta:		Štát:	
☐ Zmena adresy sa týka: ☐ Poistníka ☐ Poistenej osoby ☐ Držiteľa ☐ Vlastníka			
☐ Zmena druhu platenia na:			
☐ KZ – bezhotovostne s avízom ☐ KN – bezhotovostne bez avíza ☐ PZ – poštový poukaz ☐ IU – inkaso z účtu platiteľa. Musí byť priložený mandát na SEPA inkaso.			
☐ Zmena spôsobu (periodicity) platenia na: ☐ Ročne ☐ Polročne ☐ Štvrťročne ☐ Mesačne			
☐ Zmena / doplnenie / oprava údajov o motorovom vozidle:			
☐ EČV	☐ Číslo TP	☐ VIN	
☐ Zmena bankového spojenia (v tvare IBAN):			
V prípade zahraničnej banky uveďte ďalšie povinné údaje:			
Názov zahraničnej banky:		SWIFT / BIC kód banky:	
Adresa banky:		Štát banky:	
☐ Iné zmeny:			

Prevzaté doklady: ☐ Kópia TP / Potvrdenie z dopravného inšpektorátu
☐ Mandát na SEPA inkaso

☐ Ďalšie prílohy (Splnomocnenie, Úmrtný list / Doklad o dedičskom konaní, atď.)
☐ Iné:

V dňa

podpis poistníka

Prevzal:	Meno a priezvisko pracovníka prepážky:	Podpis pracovníka prepážky:
----------	---	--------------------------------