



Zprostředkovatel Hamilton  
Hudson s.r.o.  
Adresa Belehradská 23 Praha  
e-mail: info@assotiation.cz

## Žádost o storno pojistné smlouvy

**Pojistník:**

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Žádám o storno pojistné smlouvy číslo \_\_\_\_\_ zdravotního pojištění  
cizinců zprostředkovaného pro INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složku.

**Z důvodu:**

- V pojistné smlouvě jsou uvedeny chybné údaje.
- Ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě nebo zákona č. 89/2012, občanský zákoník (uved'te příslušné ustanovení):
- Úmrtí pojištěné osoby.
- Změna tarifu (uved'te důvod a číslo navazující pojistné smlouvy):

Jiný důvod/**Reason for cancellation:**

Číslo účtu pro zaslání nespotřebovaného pojistného/**Bank account number:**  
(Pozn.: Pojistné se vrací výhradně bezhotovostním převodem na účet klienta)

Přílohy:

V \_\_\_\_\_ dne

\_\_\_\_\_  
Podpis zprostředkovatele  
Název společnosti

\_\_\_\_\_  
Podpis pojistníka/**Signature**