

# NÁVRH NA ZAHÁJENÍ MIMOSOUDNÍHO ŘEŠENÍ SPORU

u Kanceláře ombudsmana  
České asociace pojišťoven z.ú.



## STRANY SPORU:

### 1. NAVRHOVATEL

Jméno:		Příjmení:				
Datum narození:		Telefon:		E-mail:		
<b>ADRESA TRVALÉHO POBYTU</b>						
Ulice, číslo popisné/orientační:					PSČ:	
Obec:		Stát:				
<b>DORUČOVACÍ ADRESA</b>						
Ulice, číslo popisné/orientační:					PSČ:	
Obec:		Stát:				

### 2. POJIŠŤOVNA / POJIŠŤOVACÍ ZPROSTŘEDKOVATEL

Jméno/Název:		IČO:		
<b>ADRESA SÍDLA / MÍSTO PODNIKÁNÍ</b>				
Ulice, číslo popisné/orientační:			PSČ:	
Obec:		Stát:		

Datum, kdy spotřebitel uplatnil své právo, které je předmětem sporu, u pojišťovny poprvé (datum, kdy byla u pojišťovny / pojišťovacího zprostředkovatele poprvé podána stížnost, reklamace, odvolání):	
--	--

Označení, čeho se spotřebitel domáhá:

Úplné a srozumitelné vyličení rozhodných skutečností:

**VOLBA ZPŮSOBU KOMUNIKACE**

Poštou na adresu trvalého pobytu		Poštou na doručovací adresu	
Datovou schránkou	Vaše ID datové schránky:		
E-mailem	Vaše e-mailová adresa:		

Navrhovatel prohlašuje, že v totožné věci nerozhodl soud, nebyl vydán rozhodčí nález, nebyla uzavřena dohoda stran v rámci mimosoudního řešení spotřebitelského sporu ani nebylo zahájeno řízení před soudem, rozhodčí řízení nebo mimosoudní řešení spotřebitelského sporu.

Navrhovatel, pro potřeby mimosoudního řešení spotřebitelského sporu na základě tohoto návrhu, uděluje Kanceláři ombudsmana České asociace pojišťoven z.ú. souhlas, aby se seznamovala se skutečnostmi, které jsou předmětem mlčenlivosti v pojišťovnictví, včetně osobních údajů a údajů o zdravotním stavu, požadovala poskytnutí informací o těchto skutečnostech po druhé straně sporu.

Datum:

Podpis: