

ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ ČINNOSTI
POJIŠŤOVACÍCH ZPROSTŘEDKOVATELŮ A SAMOSTATNÝCH
LIKVIDÁTORŮ POJ.UDÁLOSTÍ **)

**Tímto žádám o PŘERUŠENÍ ČINNOSTI pojišťovacího zprostředkovatele/
samostatného likvidátora pojistných událostí*)**

pod registračním číslem

Jméno a příjmení, datum narození, IČ (název + IČ u právnické osoby)

Adresa bydliště/sídlo u PO

V dne

.....
*Podpis fyzické osoby/u právnické osoby
podpis/y statutárního orgánu (popř.
osoby oprávněné podepisovat za
právnickou osobu - v tomto případě s
uvedením funkce) + razítko, používá-li
se dle výpisu z OR*

*) nehodící se škrtněte

**) UPOZORNĚNÍ

**K této žádosti je třeba přiložit originál osvědčení o zápisu PZ do registru. Po obnovení činnosti bude
„Osvědčení“ opět vráceno.**

**Činnost PZ a SLPU lze přerušit maximálně na dobu 1 roku. Pak je třeba požádat o obnovení činnosti či o
zrušení registrace.**