



Uvedte meno, priezvisko, adresu poistníka, príp. aj tel. číslo, email

**Colonnade Insurance S.A.,
pobočka poisťovne z iného čl. štátu
Moldavská cesta 8 B
042 80 Košice**

VEC: Žiadosť o zrušenie poistnej zmluvy č.

Žiadam o zánik poistenia*

výpoveďou v zmysle Občianskeho zákonníka § 800 odseku 1 (výpoveď musí byť doručená do poisťovne aspoň 6 týždňov pred koncom poistného obdobia)
výpoveďou v zmysle Občianskeho zákonníka § 800 odseku 2 (výpoveď musí byť doručená do poisťovne do 2 mesiacov po uzavretí poistnej zmluvy; výpovedná lehota je osemdeňná)

odstúpením od zmluvy na diaľku v zmysle § 5 zákona 266/2005 Zák. o ochrane spotrebiteľa pri finančných službách na diaľku (v lehote 14 kalendárnych dní od uzavretia zmluvy na diaľku)

Iné poznámky:

.....

V dňa

.....

podpis poistníka

*vyberte z možností

Podpísanú žiadosť spolu s prílohou zašlite, prosím, poštou na adresu sídla poisťovne alebo emailom na info@colonnade.sk.