



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. .... poistenia zodpovednosti  
za škodu spôsobenú zamestnávateľovi pri výkone povolania**

Žiadam o zrušenie poistnej zmluvy z dôvodu\*:

ukončenia pracovného pomeru  
nástupu na materskú/rodičovskú dovolenku  
odchodu do dôchodku  
dlhodobej práceneschopnosti

V prílohe prikladám kópiu potvrdenia o\*:

ukončení pracovného pomeru  
nástupe na materskú/rodičovskú dovolenku  
odchode do dôchodku  
práceneschopnosti

Nespotrebované poistné žiadam zaslať\*:

na účet číslo: .....

na adresu: .....

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](mailto:info@colonnade.sk).