Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1
IČO: 00 585 441, DIČ: 2020527300, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I., odd: Sa, vložka 79/B

2201

## POISTNÍK

| | |
|---|---|
| Meno, priezvisko, titul / Obchodné meno | |
| Štatutárny orgán | Rodné číslo / IČO |
| Adresa trvalého bydliska / Sídlo<br>- ulica, č. domu | |
| PSČ | Miesto - dodacia pošta |
| Mobilný telefón / telefonický kontakt | Číslo OP / Pasu |
| E-mail | |

# ŽIADOSŤ O ZÁNIK POISTNEJ ZMLUVY

| | | | |
|---|---|---|---|
| Poistná zmluva č. 1 | | Poistná zmluva č. 2 | |

☐ výpoveďou ku koncu poistného obdobia (§800, ods. 1 Občianskeho zákonníka)

☐ odkup životnej poistnej zmluvy (v zmysle VPP)

Čestne vyhlasujem, že som daňovým rezidentom
☐ Slovenskej republiky ☐ iného štátu

☐ výpoveďou do dvoch mesiacov od uzatvorenia (§800, ods. 2 Občianskeho zákonníka)

☐ odstúpenie od životnej zmluvy do 30 dní od uzatvorenia poistenia (§802 a Občianskeho zákonníka)

☐ iné:

Poznámky:

Žiadam o zrušenie vyššie uvedenej poistnej zmluvy z dôvodu:

Prevzaté podklady:

Nespotrebované poistné žiadam poukázať:
☐ šekovou poukážkou na adresu:

☐ na účet v tvare IBAN:

**V PRÍPADE zahraničnej banky** uveďte ďalšie povinné údaje:

| | |
|---|---|
| Názov zahraničnej banky: | SWIFT / BIC kód banky:* |
| Názov účtu príjemcu: | |

V ..... dňa: ..... .....
podpis poistníka

| | | |
|---|---|---|
| Prevzal: | Meno a priezvisko<br>pracovníka prepážky: | Podpis<br>pracovníka prepážky: |

 * Platí pre štáty mimo SEPA