

Výpověď pojistné smlouvy

Pojistitel:

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

Sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8

Kontaktní adresa: Centrum zákaznické podpory, Brněnská 634, 664 42 Modřice

IČ: 471 16 617

Pojistník:

Jméno a příjmení (název) :

Ulice :

Město :

PSČ :

Rodné číslo (IČ) :

Věc: Výpověď pojistné smlouvy č.

Vážení,

tímto vypovídám výše uvedenou pojistnou smlouvu k nejbližšímu konci pojistného období.

Současně žádám o zaslání potvrzení o délce bezeškodního průběhu pojištění.

V dne

S pozdravem

.....
Jméno a příjmení, podpis pojistníka