



---

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 z dôvodu prepracovania poistenia v poisťovni Colonnade Insurance S.A.**

Žiadam o zrušenie poistnej zmluvy číslo ..... dohodou ku dňu  
.....\* z dôvodu uzatvorenia novej poistnej zmluvy číslo .....

Nespotrebované poistné zo zaniknutej poistnej zmluvy žiadam zaslať\*\*:

na účet číslo: .....

na adresu: .....

Iné poznámky:

.....  
.....

V ..... dňa .....

.....  
podpis poistníka

\*zadajte dátum začiatku poistenia novej poistnej zmluvy

\*\*vyberte z možností

Podpísanú žiadosť zašlite, prosím, poštou na adresu sídla poisťovne alebo emailom na [info@colonnade.sk](mailto:info@colonnade.sk).