

## ŽIADOSŤ O ZÁNİK POISTNEJ ZMLUVY

| POISŤOVŇA   |                                  |                            |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| <b>KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1</b><br>IČO: 00 585 441 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.<br>DIČ: 2020527300 Registrácia: Obchodný register Mestského súdu Bratislava III,<br>IČ DPH: SK7020000746 oddiel: Sa, vložka 79/B   |                                  |                            |
| POISŤNÍK/DORUČITEĽ (slúži na identifikáciu)   |                                  |                            |
| Meno, priezvisko, titul/obchodné meno   | Štatutárny orgán                 |                            |
| Rodné číslo/IČO   | Číslo OP/pasu                    |                            |
| Adresa trvalého bydliska/sídlo - ulica, č. domu   | PSČ                              |                            |
| Miesto - dodacia pošta  |                                  |                            |
| Mobilný telefón/telefonický kontakt   | E-mail                           |                            |
| Poistná zmluva č. 1   | Poistná zmluva č. 2              |                            |
| <input type="checkbox"/> výpoveďou ku koncu poistného obdobia (§800, ods. 1 Občianskeho zákonníka)<br><input type="checkbox"/> výpoveďou do dvoch mesiacov od uzatvorenia (§800, ods. 2 Občianskeho zákonníka)<br><input type="checkbox"/> odstúpenie od životnej zmluvy do 30 dní od uzatvorenia poistenia (§802 a Občianskeho zákonníka)<br><input type="checkbox"/> odstúpenie do 14 dní od uzatvorenia poistnej zmluvy na diaľku<br><input type="checkbox"/> iné  |                                  |                            |
| Poznámky  |                                  |                            |
| Žiadam o zrušenie vyššie uvedenej poistnej zmluvy z dôvodu  |                                  |                            |
| Prevzaté podklady   |                                  |                            |
| Nespotrebované poistné žiadam poukázať<br><input type="checkbox"/> šekovou poukážkou na adresu<br><input type="checkbox"/> na účet v tvare IBAN   |                                  |                            |
| V PRÍPADE ZAHRAŇICNEJ BANKY UVEĎTE ĎALŠIE POVINNÉ ÚDAJE   |                                  |                            |
| Názov a adresa zahraničnej banky  | SWIFT/BIC kód banky              |                            |
| Zároveň Vás informujeme, že v prípade prevodu platby na zahraničný účet Vám môžu byť účtované Vašou bankou poplatky za platbu.  |                                  |                            |
| IDENTIFIKÁCIU VYKONAL   |                                  |                            |
| Meno a priezvisko pracovníka prepážky   | Osobné číslo pracovníka prepážky | Podpis pracovníka prepážky |
| Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group <a href="http://www.kooperativa.sk">www.kooperativa.sk</a> . |                                  |                            |
| V   | Dňa                              | Podpis poistníka           |