

(vyplňte tento formulář a pošlete jej zpět pouze v případě, že chcete odstoupit od pojistné smlouvy)

Adresát: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Praha 1, PSČ 113 04 (korespondenční adresa: P.O. BOX 305, 601 00 Brno)

Oznamuji, že tímto odstupuji od pojistné smlouvy č.

Datum uzavření pojistné smlouvy (DD.MM.RRRR):

Jméno a příjmení pojistníka:

Datum narození pojistníka (DD.MM.RRRR):

Adresa bydliště pojistníka:

Datum:

Podpis pojistníka:

Poznámka:

Spotřebitelem je každý člověk, který mimo rámec své podnikatelské činnosti nebo mimo rámec samostatného výkonu svého povolání uzavírá smlouvu s podnikatelem nebo s ním jinak jedná.



TC89626000017