

**Poistník / Držitel':**

.....  
.....  
.....

**Poist'ovateľ:**

Kooperativa poisťovňa, a.s.  
Vienna Insurance Group  
Štefanovičova 4  
816 23 Bratislava

**VEC: Výpoveď poisťnej zmluvy PZP č. ....**

V súlade s ustanoveniami § 800 ods. 1 Občianskeho zákonníka, poisťnej zmluvy a príslušných Všeobecných poisťných podmienok Vám týmto adrasujem výpoveď vyššie uvedenej poisťnej zmluvy ku koncu poisťného obdobia.

Potvrdenie o bezškodovom priebehu za celé obdobie trvania PZ č. ....  
žiadam zaslať na moju adresu.

V ..... dňa .....

.....  
podpis  
poistník / držiteľ