

STORNO VÝPOVĚDI POJISTNÉ SMLOUVY

Já, níže podepsaný

jméno, příjmení, titul:

trvalé bydliště:

korespondenční adresa:

číslo pojistné smlouvy:

souhlasím se stornem mé výpovědi pojistné smlouvy uzavřené společností Colonnade Insurance S.A., organizační složka.

Beru na vědomí, že pojistná smlouva bude nadále platná. Já, jakožto pojistník, jsem povinen nadále platit pojistné dle platné pojistné smlouvy a společnost Colonnade Insurance S.A., organizační složka, jakožto pojistitel, je povinna vyplatit případné pojistné plnění dle platné pojistné smlouvy.

V dne

.....
Podpis