



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 zmenu poistníka

Číslo poistnej zmluvy:

Pôvodný poistník

Meno a priezvisko / Obchodné meno	
Rodné číslo / IČO	
Adresa trvalého pobytu / Sídlo	
Telefón / E-mail	

Nový poistník

Meno a priezvisko / Obchodné meno	
Rodné číslo / IČO	
Adresa trvalého pobytu / Sídlo	
Telefón / E-mail	

Vyhlásenie

Týmto žiadame o zmenu poistníka vyššie uvedenej poistnej zmluvy. Pôvodný poistník súhlasí s prevodom všetkých práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy na nového poistníka. Nový poistník súhlasí s prevzatím všetkých práv a povinností vyplývajúcich z predmetnej poistnej zmluvy.

V dňa

.....
podpis pôvodného poistníka

.....
podpis nového poistníka



Informácie ako spracúvame a získavame osobné údaje sú uvedené na našej webovej stránke www.colonnade.sk