



7748

Poistník:

Titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa / obchodné meno, sídlo, IČO

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.

Vienna Insurance Group

Štefánikova 17

811 05 Bratislava

V..... dňa

VEC: **Späť vziať výpovede poistnej zmluvy**

Dolu podpísaný/á, týmto **beriem späť svoju výpoveď poistnej zmluvy číslo pre povinné zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla uzatvorenú dňa**, ktorú som podal/a dňa a žiadam Vás o pokračovanie pôvodného zmluvného vzťahu, vzniknutého uzavretím vyššie uvedenej poistnej zmluvy.

S pozdravom

.....
podpis poistníka