

## Žádost o devinkulaci pojistného plnění

Přesné a úplné vyplnění žádosti urychlí vyřízení žádosti.

Název firmy: \_\_\_\_\_

Kontaktní osoba: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

LS č.: \_\_\_\_\_

Pojistná událost č.: \_\_\_\_\_ ze dne: \_\_\_\_\_

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

SPZ automobilu: \_\_\_\_\_

Název pobočky pojišťovny, která událost likviduje včetně kontaktu: \_\_\_\_\_

Devinkulaci žádáme zaslat na poštovní adresu:

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis a razítko