

ZAHTJEV ZA PAUZIRANJEM OSIGURANJA

Polica/Ugovor
životnog osiguranja br.



SAVA
OSIGURANJE

SAVA OSIGURANJE d.d.
Podružnica Hrvatska

SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, Savska 144a, 10000 Zagreb, Hrvatska

U razdoblju pauziranja osiguranja osiguranik nije u pokriću, te osiguranik, odnosno korisnik, nemaju pravo na isplatu eventualne štete nastale u vrijeme pauziranja osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja

Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Naziv obrta i prezime i ime vlasnika/Udruga/Zaklada/Vjerska zajed. i dr. OIB

Poštanski broj

Mjesto

Adresa (ulica, kućni broj, kat)

Osiguranik

Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Naziv obrta i prezime i ime vlasnika/Udruga/Zaklada/Vjerska zajed. i dr. OIB

Poštanski broj

Mjesto

Adresa (ulica, kućni broj, kat)

ZAHTJEV:

Molim da se za gore navedenu policu pokrene pauziranje osiguranja za razdoblje od 1 godine 2 godine 3 godine

Početak pauziranja osiguranja je datum dospijeca prvog neplaćenog obroka premije.

Ispunjeni zahtjev dostaviti poštom na adresu: SAVA OSIGURANJE d.d. - Podružnica Hrvatska, Savska 144a, 10000 Zagreb, Hrvatska
Zahtjevu obavezno priložiti original police osiguranja.

MJESTO I DATUM

POTPIS (I PEČAT ZA PRAVNE OSOBE) UGOVARATELJA

POTPIS OSIGURANIKA