

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, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 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	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pošanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Osiguranik	Ime i prezime/Naziv prav. osobe/Naziv obrta i prezime i ime vlasnika/Udruga/Zaklada/Vjerska zajed. i dr.	OIB	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pošanski broj	Mjesto	Adresa (ulica, kućni broj, kat)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skrbnik Osiguranika/ Ugovaratelja (ukoliko status dijeli više osoba ispuniti Prilog br. 1)	Naziv prav. os./Udruga/Zaklade i dr./Prezime i ime	Broj i naziv identifikacijske isprave, izdavatelj i država izdavanja			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Datum rođenja	MB/OIB	Adresa (ulica, kućni broj, kat)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Pošanski broj	Mjesto	Djelatnost/trenutno zanimanje	Šrodstvo s Osiguranikom	*Tel./fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/> _____
	* rubrika se ispunjava jedino pri ugovaranju dječjeg osiguranja				
	Politički izložena osoba	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Ne	Ukoliko DA, potrebno je ispuniti Upitnik za politički izložene osobe - Prilog br. 3 i priložiti Suglasnost direktora Podružnice		

ZAHTJEV:	Molim da se za gore navedenu policu pokrene pauziranje osiguranja za razdoblje od <input type="checkbox"/> 1 godine <input type="checkbox"/> 2 godine <input type="checkbox"/> 3 godine
	Početak pauziranja osiguranja je datum dospijeca prvog neplaćenog obroka premije.

Ispunjeni zahtjev dostaviti poštom na adresu: Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska
Zahtjevu obvezno priložiti original police osiguranja.

MJESTO I DATUM

POTPIS (I PEČAT ZA PRAVNE OSOBE) UGOVARATELJA

POTPIS OSIGURANIKA