

ZAHTEJEV ZA PREKID KASKO OSIGURANJA ODNOSNO POVRAT NEISKORIŠTENOG DIJELA PREMIJE AUTOMOBILSKOG KASKA

Popunjava Ugovaratelj osiguranja

Polica br.



SAVA
OSIGURANJE

Sava osiguranje, d.d.
Podružnica Hrvatska

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska

Ugovaratelj

Prezime i ime

OIB/Datum rođenja/JMBG

Poštanski broj

Mjesto

Adresa (ulica, kućni broj, kat)

Broj računa (Žiro-račun Tekući račun Štedna knjižica)

Banka

IZJAVA:

Na temelju zaključenog ugovora o kasko osiguranju sa Sava osiguranjem, d.d. izjavljujem da želim, u skladu s Uvjetima za osiguranje automobilske kasko, prekid osiguranja, odnosno povrat neiskorištenog dijela premije osiguranja automobilske kasko.

Povrat/prekid AK police tražim iz razloga:

Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da za vrijeme trajanja osiguranja od automobilske kasko od dana početka osiguranja do dana primitka ovog Zastjeva za povrat neiskorištenog dijela premije osiguranja od automobilske kasko sa Sava osiguranju ,d.d. nije ostvaren osigurani slučaj.

Ukoliko se nakon izvršenog povrata premije utvrdi da je u naprijed navedenom razdoblju nastao osigurani slučaj, obvezujem se izvršiti povrat premije u korist Sava osiguranja, d.d. i snositi druge posljedice davanja netočnih podataka.

Napomena

Zastjevu prilažem:

MJESTO I DATUM

POTPIS UGOVARATELJA