

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID

DETALJI POTROŠAČA:

Ime, prezime:

.....

OIB:

Adresa za korespondenciju:

.....

PRIMA:

Insurance company Instinct AD, Bulgaria, Sofia, 13 Srebarna Str., Lozenets district.

Ja ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Policu osiguranja brojod dana

.....

Potpis potrošača :

Datum: