

ZAHTJEV ZA RASKID OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Od:

.....
(puno ime i prezime Osiguranika)

OIB:

E-mail:

Telefon:

Molim da se prekine osigurateljno pokriće po polici br. kod Osiguravajućeg društva
Instinct d.d.

Razlog prekida osiguranja (molim popuniti):

.....
.....

Dostavljam IBAN za povrat premije osiguranja (ako je primjenjivo):

.....
.....

Izjavljujem da mi je poznato da, počevši od 00:01 sati dana koji slijedi nakon dana zaprimanja zahtjeva od strane osiguravatelja, ugovor o osiguranju prestaje pod uvjetom da su ispunjeni uvjeti iz osiguranja.

Izjavljujem da sam suglasan da se na gore navedenu e-mail adresu vodi korespondencija u vezi s ovim zahtjevom.

Datum:

Osiguranik:

(potpis)

Grad: