

ZAHTJEV ZA RASKID UGOVORA O NEŽIVOTNOM OSIGURANJU



Groupama

POLICA OSIGURANJA:

Broj police:

PODACI O UGOVARATELJU OSIGURANJA:

Ime i prezime:

Adresa:

OIB:

E-mail adresa:

Broj mobitela/telefona:

RASKID POLICE:

Datum raskida:

Razlog raskida police:

Devinkulacija

Potpis i žig vinkulanta

Ako ostvarujem pravo na isplatu neiskorištenog dijela premije molim da mi se isplata doznači na:

IBAN:

Ili na policu broj:

Zahtjevu prilažem:

Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da nemam saznanja o događajima nastalim do dana podnošenja ovog zahtjeva, a koji bi mogli dovesti do postavljanja odštetnog zahtjeva i/ili isplate osigurnine po predmetnom ugovoru o osiguranju. U slučaju da je po navedenoj polici ipak prijavljena i isplaćena šteta, obvezujem se Osiguratelju vratiti iznos naknade koji sam po zahtjevu zaprimio, i to u roku od 8 dana od dana poziva na vraćanje, zajedno sa zakonskim zateznim kamatama. Prihvatanjem zahtjeva za raskidom ugovora od strane Osiguratelja ugovor o osiguranju prestaje proizvoditi svoje učinke s danom raskida ugovora.

Ako je podnositelj zahtjeva nasljednik/pravni slijednik ugovaratelja osiguranja: Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da sam pravni slijednik ugovaratelja osiguranja ovlašten raspolagati pravima i obvezama iz predmetnog ugovora o osiguranju.

Mjesto i datum:

Potpis ugovaratelja osiguranja/ podnositelja zahtjeva

Groupama osiguranje poštuje vašu privatnost i sigurnost vaših osobnih podataka. Prikupljanje, korištenje i obrada vaših osobnih podataka provodi se uz poštovanje svih načela i propisa obrade podataka. Detalje o tome objavili smo u Informacijama o obradi podataka koje se nalaze na www.groupama.hr.

Groupama osiguranje d.d. – Podružnica Hrvatska

Ulica grada Vukovara 284, 10000 Zagreb, Hrvatska

OIB: 56722567504 | MBS: 081439758, Trgovački sud u Zagrebu | Račun kod OTP banke d.d., Split | IBAN: HR7724070001100255214 | zastupnik podružnice Marijan Kralj
Tel.: 0800 2446, e-mail: info@groupama.hr