ZAHTJEV ZA PREKID OSIGURANJA ODNOSNO POVRAT NEISKORIŠTENOG DIJELA PREMIJE OSIGURANJA OD AUTOMOBILSKE ODGOVORNOSTI

Popunjava Ugovaratelj osiguranja Polica br.

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

SAVA OSIGURANJE
Sava osiguranje, d.d.
Podružnica Hrvatska

Ugovaratelj

Prezime i ime

OIB/Datum rođenja

Poštanski broj

Mjesto

Adresa (ulica, kućni broj, kat)

Broj računa (☐ Žiro-račun ☐ Tekući račun ☐ Štedna knjižica)

Banka

IZJAVA:

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

Povrat/prekid AO police tražim iz razloga: ☐ Uništenje vozila ☐ Rashodovanje vozila ☐ Stavljenje vozila izvan prometa ☐ Krađa vozila

Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da za vrijeme trajanja osiguranja od automobilske odgovornosti od dana početka osiguranja do dana primitka ovog Zahtjeva za povrat neiskorištenog dijela premije osiguranja od automobilske odgovornosti u 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

Zahtjevu obvezno priložiti:
1. original policu osiguranja od automobilske odgovornosti
2. original zelene karte
3. potvrdu nadležne policijske uprave ili policijske postaje o odjavi vozila

MJESTO I DATUM

POTPIS UGOVARATELJA

SZ-PPAO