



UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo
Obala Kulina bana 19
BIH 71 000 Sarajevo
Tel: (033) 289 000
Fax: (033) 289 010

Zahtjev za povrat premije osiguranja života

Podaci o polisi osiguranja

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vrsta osiguranja	Početak osiguranja
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj polise / broj ponude	Ugovoreni istek osiguranja

Podnositelj zahtjeva

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Ime i prezime/ Naziv		JMBG/ID broj	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum i godina rođenja	Pošanski broj	Mjesto, ulica, broj	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	GSM	FAX	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Iznos za povrat			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Broj žiro računa banke		Naziv Banke	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Poziv na broj			
<input type="text"/>			

Razlog podnošenja zahtjeva

<input type="text"/>

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću dajem sljedeću izjavu.

Izjavljujem da u periodu od _____ do _____ nisam imao/la osigurani slučaj po osnovu dopunskog osiguranja od posljedica nezgode, kod UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo po ponudi osiguranja života broj _____.

Također izjavljujem, da sam saglasan/na da u slučaju obmane Osiguravača tj. da sam prečutao/la osigurani slučaj po osnovu dopunskog osiguranja od posljedica nezgode ne potražujem niti ću potraživati naknadu iz osiguranja po tom osnovu.

(Popunjavati samo ukoliko je na ponudi za osiguranje života zaključeno dopunsko osiguranje)

NAPOMENA:

- Ukoliko je ugovarač osiguranja pravna osoba potrebni su pečat firme i potpis ovlaštene osobe;
- Uz zahtjev priložiti navedenu ponudu osiguranja života;

Mjesto i datum

Potpis i pečat podnositelja zahtjeva