ZAHTJEV ZA PREKID UGOVORA O OSIGURANJU DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Zahtjev za prekid ugovora o osiguranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se može prijaviti neposredno u za to određenim organizacionim jedinicama Društva, posredno putem posrednika/ zastupnika u osiguranju Društva, putem pošte i elektronskim putem

Besplatni info telefon 080 02 02 25

VIENNA INSURANCE GROUP

Podaci o ugovoru o osiguranju i ugovaraču osiguranja

Broj ugovora o osiguranju:	
Ime i Prezime/ Naziv pravnog lica:	
JMBG/JIB:	
Mjesto i država rođenja/osnivanja:	
Mjesto i država prebivališta/sjedišta:	
Adresa prebivališta/ sjedišta:	
Državljanstvo:	
Zanimanje koje obavlja/ djelatnost:	
Zaposlen/a kod:	
Adresa za korenspodenciju:	
Broj telefona:	
Broj mobitela:	
E-mail:	

Razlog raskida ugovora o osiguranju (molimo označite jedan od ponuđenih odgovora)

☐ Finansijski razlozi

☐ Nezadovoljstvo uslugama (molimo pojasnite)

☐ Nova ponuda osiguranja broj

☐ Ostalo (molimo navedite razlog)

Ukoliko nakon izvršenog prekida navedenog ugovora o osiguranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostane pretplata , saglasan/na sam da se izvrši:

Isplata iznosa pretplate na transakcijski račun broj

Naziv banke

Premija za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja može se vratiti samo ako je zaključeno osiguranje s trajanjem od najmanje godinu dana i ako se do dana prekida osiguranja nije desio osigurani slučaj. Ovim putem, Ugovarač osiguranja izjavljuje da po predmetnom ugovoru nije bilo štetnih događaja te da neće imati potraživanja po osnovu istog.

U toku procesa rješavanja zahtjeva želim da mi se obavijesti dostavljaju: (označiti polje)

☐ Korisničkim portalom

☐ E-mail

Mjesto i datum

Potpis Ugovarača neophodan za slučaj da se dokumentacija ne dostavlja na predefinisani način