

## ZAHTJEV ZA PROMJENOM PLANA PLAĆANJA PO UGOVORU O OSIGURANJU AUTOMOBILSKOG KASKA

Vrsta osiguranja: Auto kasko

Broj police: \_\_\_\_\_

### Podaci o ugovaratelju osiguranja – podnosiocu zahtjeva:

Ime i prezime/Tvrtka \_\_\_\_\_

MBG/MB \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_

Ulica/kućni broj \_\_\_\_\_

Poštanski broj \_\_\_\_\_ Mjesto \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 1. Željeni plan plaćanja premije

Jednokratno plaćanje

Plaćanje u obrocima

Broj obroka: \_\_\_\_\_

Mjesto \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Potpis ugovaratelja osiguranja

\_\_\_\_\_