

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: _____

2. Promjena premije osiguranja (popunjavanje osiguratelja)

Da li tražene promjene plana plaćanja utječe na promjenu premije osiguranja?

Da Ne

Ako da; Dosadašnja premija osiguranja _____ kn

Nova premija osiguranja _____ kn

Mjesto _____

Datum _____

Potpis ugovaratelja osiguranja
