



Groupama
Osiguranje

ZAHTJEV ZA RASKID UGOVORA O ŽIVOTNOM OSIGURANJU

*označiti odgovarajući dokument

<input type="checkbox"/>	Broj police /	<input type="checkbox"/>	Broj pristupnice*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ime i prezime / Naziv Ugovaratelja	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OIB ugovaratelja
<input type="checkbox"/>	Ime i prezime osiguranika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	OIB osiguranika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Adresa	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	E - mail	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Broj mobitela

VRSTA RASKIDA (zaokružiti/prekrižiti redni broj):

1. RASKID INDIVIDUALNE POLICE OSIGURANJA

Potpisom zahtjeva izjavljujem da sam upoznat/a sa svim odredbama ugovora o osiguranju i posljedicama raskida ponude/ police. Prilog zahtjevu je original polica osiguranja života i preslika osobne iskaznice.

2. RASKID POKRIĆA ZA GRUPNU RIZIKO POLICU UGOVORENU UZ KREDIT

Potpisom zahtjeva izjavljujem da sam upoznat/a sa svim odredbama grupnog ugovora o osiguranju i posljedicama raskida pokrića pojedinom Osiguraniku prema grupnom ugovoru o osiguranju života. Prilog zahtjevu je original pristupnica grupnom ugovoru o osiguranju života i preslika osobne iskaznice.

POTPIS ZAHTJEVA:

<input type="checkbox"/>	Ime i prezime, potpis Posrednika	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	E-mail adresa Posrednika	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ime i prezime/ Naziv Ugovaratelja	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Potpis Ugovaratelja*	<input type="checkbox"/>	

***U slučaju kada je banka ugovaratelj, u ime ugovaratelja potpisuje se Posrednik**

<input type="checkbox"/>	Mjesto i datum:	<input type="checkbox"/>	Potpis Osiguranika:
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

PRILOZI ZAHTJEVU (prekrižiti):

<input type="checkbox"/>	Preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta
<input type="checkbox"/>	Original police ili pristupnice (Ako podnositelj zahtjeva nema original dokument, mora potpisati pripadajuću izjavu u nastavku.)
<input type="checkbox"/>	Ostalo: <input type="checkbox"/>

IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA O NEPOSJEDOVANJU ORIGINAL DOKUMENTA

Ovim putem izjavljujem da nemam u posjedu original pristupnice grupnom ugovoru o osiguranju života/ original police, stoga dokument ne mogu priložiti zahtjevu za raskid.

<input type="checkbox"/>	Mjesto i datum:	<input type="checkbox"/>	Potpis Ugovaratelja:	<input type="checkbox"/>	Potpis Osiguranika:
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Groupama osiguranje d.d.

Ulica grada Vukovara 284, 10000 Zagreb, Hrvatska Tel.: 0800 2446 Web: www.groupama.hr, e-mail: info@groupama.hr OIB: 98164456048 / MBS: 080690419, Trgovački sud u Zagrebu / Račun kod OTP banke d.d., Split / IBAN: HR2024070001100009569 Temeljni kapital: 5.317.000,00 eura uplaćen u cijelosti. Izdano 409.000 redovnih dionica, svaka u nominalnom iznosu od 13,00 eura. Predsjednik Uprave: Sanel Volarić / Član Uprave: Monika Brzović / Predsjednik Nadzornog odbora: Alexandre Pierre Jeanjean