

ZAHTEJ ZA VINKULACIJU POLICE OSIGURANJA**UGOVARATELJ OSIGURANJA (podnositelj zahtjeva)**

Ime i prezime / Naziv ugovaratelja: _____

Adresa za korespondenciju: _____

OIB: _____

Broj telefona: _____

Molim MERKUR OSIGURANJE d.d. da ponudu/policu osiguranja broj

vinkulira u korist:

Naziv vjerovnika: _____

Adresa sjedišta / poslovnice: _____

Trajanje vinkulacije (ukoliko nije određeno,
onda vrijeme trajanja ugovora o osiguranju) _____

Br. kreditne partije /ugovora o kreditu _____

do maksimalnog iznosa _____

EUR

Cjenik _____

do maksimalnog iznosa _____

EUR

Cjenik _____

Zaprječnicu i policu faksirati na broj/poslati na mail _____

Zaprječnicu i policu poslati na adresu: _____

U slučaju zahtjeva za devinkulaciju ili zahtjeva ugovaratelja osiguranja za raskid ugovora o osiguranju koji je vinkuliran u korist treće osobe, ugovaratelj osiguranja je dužan, kao uvjet za devinkulaciju ili raskid ugovora o osiguranju, ishoditi od osobe u čiju korist je ugovor o osiguranju vinkuliran, pisanu izjavu o devinkulaciji kojom osoba u čiju korist je ugovor vinkuliran dozvoljava brisanje klauzule o vinkulaciji (izjava o devinkulaciji) te takvu izjavu o devinkulaciji dostaviti osiguratelju.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

U _____ dana _____.

potpis osiguranika_____
potpis/pečat i potpis ugovaratelja