



ZAHTJEV ZA POVRAT NEISKORIŠTENOG DIJELA PREMIJE

I Popunjavanje podnosioca zahtjeva: (Samo prvi i drugi dio popunjavanja osiguranik) :

Vrsta polise _____, Serijski broj _____ Mjesto izdavanja polise _____, Entitet _____
Osoba koja je izdala polisu _____ Šifra _____, datum izdavanja polise _____
Razlog zbog kojeg se vrši povrat neiskorištenog dijela premije: _____

Potpis: _____ Datum i mjesto podnošenja zahtjeva: _____
(Ime i Prezime podnosioca zahtjeva)

II Popunjavanje podnosioca zahtjeva:

Izjavljujem pod punom krivičnom, moralnom i materijalnom odgovornošću, da nisam prouzrokovao štetni događaj po polisi „Osiguranja Garant“ d.d. broj _____,

Potpis: _____
(Ime i Prezime podnosioca zahtjeva)

III Popunjavanje lica koje zaprima zahtjev za povrat neiskorištenog dijela premije (potrebno je štiklirati brojeve primljene dokumentacije)

- Originalan primjerak ili primjerke polisa osiguranja
- Originalan primjerak zelenog kartona
- Kopiju saobraćajne dozvole u kojoj se vidi da je vozilo odjavljeno a tablice vraćene (u slučaju odjave vozila)
- Kopiju kartice tekućeg računa vlasnika vozila (na kojoj se vidi broj računa na koji će sredstva biti vraćena)
- Kopija nove polise osiguranja za isto vozilo ukoliko se radi o prodaji vozila
- Ovjerenu punomoć ukoliko povrat traži osoba koja nije vlasnik vozila

Za slanje zahtjeva sa svim potrebnim priložima je odgovorna osoba koja prima zahtjev. Ovlaštena osoba u ime „Osiguranja GARANT“ i podnosioc zahtjeva svojim potpisom su saglasni da je sva dokumentacija, potrebna za obračun povrata premije dostavljena i poslata kao prilog. **Nekompletni zahtjevi neće biti razmatrani.**

IV Popunjavanje služba za procjenu i likvidaciju šteta:

Da li postoji prijava štete po predmetnoj polisi: DA / NE, _____, _____
Potpis odgovorne osobe datum provjere

IV Popunjavanje služba AOP-a i stroge evidencije:

Provjera dokumenta _____, _____, _____
(da li je evidentiran i trenutni status) potpis odgovorne osobe datum provjere

V Popunjavanje služba računovodstva:

Da li je iznos sa polise uplaćen: DA / NE, datum uplate _____, potpis _____

VI Obračun povrata premije:

Osnovna premija _____, Broj iskorištenih dana _____, Umanjenje _____
Obračun povrata _____ Datum prekida osig.: _____

Iznos za povrat: _____, _____, _____
Potpis odgovorne osobe datum obračuna

VII Popunjavanje služba finansijske operative:

Datum isplate: _____, potpis odgovorne osobe _____