



Ime i prezime suradnika: _____

Prodajni kanal: _____

Šifra suradnika _____

UNIQA osiguranje d.d.
Odjel administriranja portfelja neživota
Planinska 13 A
10 000 ZAGREB

Predmet: Izjava o produženju osigurateljnog pokrća

Ugovaratelj osiguranja: _____

Adresa Ugovaratelja: _____

JMBG/MG Ugovaratelja: _____

Potpisom ove izjave potvrđujem da sam suglasan/na da mi se produži osiguranje po polici/ama br:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

za osigurateljnu godinu od _____ do _____ prema važećim
uvjetima i cjenicima UNIQA osiguranja d.d. na dan isteka police/a prethodne osigurateljne godine.

Promjene u odnosu na police osiguranja u prethodnoj osigurateljnoj godini*):

*) ako nema – ostaviti prazno, a ako ima molimo navesti

Suglasan/na sam da moj potpis na ovoj izjavi zamjenjuje moj potpis na ponudama/policama u vezi sa
produžetkom osiguranja u slijedećoj osigurateljnoj godini.

Mjesto, datum:

Potpis: Ugovaratelj osiguranja
