

 ДДОР НОВИ САД

 Филијала Београд

 Булевар Михаила Пупина 115 В, Нови Београд

**ИЗЈАВА О РАСКИДУ УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ СТАНА**

Ја, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, са станом у улици\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

број \_\_\_\_\_\_\_\_\_, општина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , изјављујем да раскидам Уговор о осигурању стана на наведеној адреси.

Уговор сам закључио уплатом прве рате дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Број на уплатници (број из позива на број модула) је\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Раскид Уговора ступа на снагу даном потписивања ове ИЗЈАВЕ.

Премија осигурања уплаћена до дана раскида уговора не враћа се.

У Београду, \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_. године

 **ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (потпис – име и презиме)

 **ЗАХТЕВ ПРИМИО:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_