

ZAHTJEV ZA PROMJENE NA POLICI ŽIVOTNOG OSIGURANJA

(Molimo Vas da zahtjev popunite štampanim slovima! Odgovarajuće prekrížiti)

Broj police:

Broj ponude:

Agencija/Zastupnik:

UGOVARAČ OSIGURANJA:

Ime i prezime / Naziv firme

Kontakt telefon:

e-mail:

Molim za slijedeće promjene od

Datum:

Promjena prezimena *Obavezno priložiti kopiju identifikacionog dokumenta Ugovarača osiguranja Osiguranika

Novo prezime

Promjena naziva firme *Obavezno priložiti kopiju aktuelnog rješenja o upisu u registar suda

Novi naziv firme

Promjena adrese stanovanja / Promjena sjedišta firme: Molimo Vas da unesete novu adresu.

Poštanski broj

Mjesto, ulica, broj

Promjena adrese za dostavljanje pošte: Molimo Vas da unesete novu adresu.

Poštanski broj

Mjesto, ulica, broj

Promjena korisnika osiguranja

ostaju stari korisnici i dodaju se novi

brišu se stari korisnici i određuju se novi

Za slučaj doživljenja
(ime, prezime, datum rođenja)

Za slučaj smrti
(ime, prezime, datum rođenja)

Za slučaj nastanka teške bolesti
(ime prezime i datum rođenja)

Kapitalizacija

po isteku u 1/10 trajanja osiguranja

Otkup

po isteku 3. godine trajanja osiguranja

Slijedeće promjene se rade isključivo na datum početka osiguravajuće godine

Promjena načina plaćanja na

1/1 godišnje

1/2 polugodišnje

1/4 kvartalno

1/12 mjesečno

* Mjesečni način plaćanja moguć samo putem trajnog naloga ili administrativne zabrane

Povećanje premije osiguranja života na

EUR

Navesti iznos neto premije bez dodatnih osiguranja.

Smanjenje premije osiguranja života na

Kod povećanja premije obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju.

Promjena dodatnog osiguranja za slučaj nezgode

UI1

UI2

UI3

UI4

UI5

UI6

Kod dodavanja ili promjene kombinacije sa većom premijom popuniti izjavu o zdravstvenom stanju

Uključeno Izmjena

Storno: Nezgoda AUZ-a

Promjena ili dodavanje dodatnog osiguranja za slučaj nezgode tarifa Kids

UI1

UI2

Storno nezgode

Promjena indeksacije

uvođenje (osigurana suma za osiguranje života mora biti min 3.500 EUR)

ukidanje

Isključenje dopunskog osiguranja Take Care

Mjesto i datum

M.P.

Potpis ugovarača osiguranja

Potpis osiguranika