

IZJAVA O DOBROVOLJNOJ OBUSTAVI OD PLATE ZA ŽIVOTNO OSIGURANJE

(administrativna zabrana)

Ja, _____
(ime i prezime)

(JMB) _____

dobrovoljno pristajem da se od moje plaće, odnosno u slučaju bolesti od naknade plaće koju primam od

(naziv preduzeća)

ID _____ sa sjedištem _____
(identifikacioni broj preduzeća) (adresa preduzeća)

obustavlja premija u IZNOSU od _____ KM za životno osiguranje,

a temeljem ponude br. _____ ili police br. _____

s početkom od _____ do _____
(upisati datum početka osiguranja i isteka osiguranja)

Početak otplate od _____.

Iznos obustave, neovisno o udjelu u ukupnoj plaći odnosno naknadi plaće, poslodavac doznačava u korist **GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo**, Trg solidarnosti 2, na račun 3060510000027638 – ADDIKO BANK D.D. ili 1610000004880178 – RAIFFEISEN BANK BiH D.D. sa naznakom imena i prezimena ugovarača osiguranja, te gore navedenim brojem ponude/police.

U slučaju promjene poslodavca ugovarač osiguranja se obavezuje da će obavijestiti **GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo** o nazivu i sjedištu novog poslodavca, te obezbjediti njegovu saglasnost za nastavak obustave od plaće odnosno naknade plaće radi plaćanja premije životnog osiguranja.

U slučaju nemogućnosti plaćanja dobrovoljnom obustavom od plaće odnosno naknade plaće iz bilo kojeg razloga, ugovarač osiguranja se obavezuje da će dospjele rate plaćati putem pošte, banke ili neke druge ustanove za platni promet.

Ova administrativna zabrana važi za sve vrijeme trajanja osiguranja, te u slučaju promjene premije po bilo kom osnovu (indeksacija, uključenje i isključenje dodatnog osiguranja, lični zahtjev ugovarača i dr.), nije potrebno izdavanje nove. Ugovarač osiguranja će dostaviti poslodavcu podatke vezane za novi iznos premije, a na osnovu dokumentacije koju dobije od osiguravača.

potpis ugovarača osiguranja

poslodavac (žig i potpis)

osiguravač (potpis)

Kontakt osoba od strane poslodavca je _____

broj telefona _____ i E-mail _____

U _____ dana _____