

Zahtjev za promjenu Ugovora o osiguranju života

Polica broj	Datum početka osiguranja	Promjena podataka od
-------------	--------------------------	----------------------

Podnositelj zahtjeva (OBAVEZNO ISPUNITI)

Ime i prezime/Naziv poslovnog subjekta (iz rješenja o upisu ili odgovarajućeg akta)	MBG/MB/OIB
---	------------

Ulica i kućni broj	Mjesto/Mjesto sjedišta	Poštanski broj	E-mail adresa
--------------------	------------------------	----------------	---------------

Telefon/GSM	Telefaks	Osoba za kontakt
-------------	----------	------------------

Promjena Ugovora o osiguranju života (zaokružiti željenu promjenu - mogućnost više promjena):

- Promjena ugovaratelja osiguranja/izmjena podataka o ugovaratelju osiguranja
- Promjena podataka o osiguraniku

Dosadašnji podaci			Novi podaci		
Ime i prezime/Naziv		MBG/MB/OIB	Ime i prezime/Naziv		MBG/MB/OIB
Ulica i kućni broj	Mjesto/Mjesto sjedišta	Poštanski broj	Ulica i kućni broj	Mjesto/Mjesto sjedišta	Poštanski broj
Telefon/GSM	Datum i mjesto rođenja (za fizičke osobe)		Telefon/GSM	Datum i mjesto rođenja (za fizičke osobe)	
Zanimanje <small>(u slučaju promjene pod točkom 2.)</small>	Rizični sportovi (hobi) <small>(u slučaju promjene pod točkom 2.)</small>		Zanimanje <small>(u slučaju promjene pod točkom 2.)</small>	Rizični sportovi (hobi) <small>(u slučaju promjene pod točkom 2.)</small>	
Potpis i pečat dosadašnjeg ugovaratelja osiguranja <small>(u slučaju promjene pod točkom 1.)</small>			Potpis i pečat novog ugovaratelja osiguranja <small>(u slučaju promjene pod točkom 1.)</small>		

- Promjena korisnika osiguranja
 - promjena korisnika za doživljenje (samo s Aktiv i s Profit)
 - promjena korisnika za slučaj smrti (svi proizvodi)

Dosadašnji podaci		Novi podaci	
Ime i prezime	MBG/MB/OIB	Ime i prezime	MBG/MB/OIB
Srodstvo		Srodstvo	

- Dopunsko osiguranje za slučaj smrti zbog nesretnog slučaja**
- Dopunsko osiguranje za slučaj trajnog invaliditeta zbog nesretnog slučaja**

Naknadno sklopiti/raskinuti (zaokružiti)

- Promjena iznosa premije**

Postojeća premija: godišnja/polugodišnja/tromjesečna/mjesečna (zaokružiti) u EUR Želim plaćati u EUR

Promjenu premije izvršiti – s promjenom osigurane svote/bez promjene osigurane svote (zaokružiti)

7. Promjena dinamike plaćanja

Postojeća dinamika plaćanja: godišnje/polugodišnje/tromjesečno/mjesečno (zaokružiti)

Želim plaćati (navesti)

8. Promjena načina plaćanja

Postojeći način plaćanja: opća uplatnica/virman (pravne osobe)/trajni nalog/administrativna zabrana (zaokružiti)

Želim plaćati (navesti)*

*U slučaju plaćanja premije administrativnom zabranom na plaću, molimo Vas ispuniti i Izjavu o dobrovoljnoj obustavi plaće. Istu je potrebno ovjeriti kod poslodavca ugovaratelja osiguranja.

9. Promjena osigurane svote**

Dosadašnja osigurana svota u EUR

Želim osiguranu svotu u EUR

10. Promjena trajanja osiguranja**

Dosadašnje trajanje (01/mjesec/godina)

Želim trajanje do (istek osiguranja) (01/mjesec/godina)

Promjenu trajanja osiguranja izvršiti – s promjenom osigurane svote/bez promjene osigurane svote. (zaokružiti)

Svi potpisi ugovaratelja osiguranja i osiguranika na ovom Zahtjevu sastavni su dio Ugovora o osiguranju života i smatraju se potpisom na Polici osiguranja života. Osiguratelj zadržava pravo naplate eventualnih administrativnih troškova nastalih zbog navedenih promjena Ugovora o osiguranju.

U ovom su Zahtjevu mojom suglasnošću kao podnositelja Zahtjeva ili osobe koja će se osigurati upisani i osobni podaci koji su Zakonom zaštićeni kao povjerljivi i tajni, uključujući i matični broj građana (MBG). Erste osiguranje Vienna Insurance Group d.d. i ostali sudionici u ovom pravnom odnosu dužni su s tim podacima postupati u skladu sa svojom zakonskom obavezom čuvanja tajnosti podataka za koje su saznali u poslovanju i ovlašteni su ih koristiti u svojim poslovnim evidencijama uz odgovarajuće osiguranje povjerljivosti postupanja. Osobni podaci mogu se unositi u dokumentaciju koja nastaje radi pružanja osigurateljnih i financijskih usluga meni osobno, u svrhu mog informiranja o proizvodima i uslugama osigurateljne i financijske prirode te radi nedvojbene osobne identifikacije i zaštite mojih osobnih interesa u poslovanju s Erste osiguranje Vienna Insurance Group d.d. ova Izjava vrijedi sve do mog izričitog pismenog opoziva.

Nadalje, suglasan/suglasna sam da osiguravajuće društvo koristi osobne identifikacijske podatke i podatke iz ovog Ugovora o osiguranju života (npr. vrsta ugovora, trajanje ugovora, visina osigurane svote, ali niti u kojem slučaju osjetljive medicinske podatke) kada meni osobno pruža uslugu ili me savjetuje po pitanju drugih financijskih proizvoda ili da na korištenje Društvima iz svog koncerna i Društvima partnerima. Također sam suglasan/suglasna da me telefonski ili putem nekih drugih medija (npr. e-mail) obavijesti o drugim prijedlozima vezanim uz izmjene Ugovora kao i o novim uslugama i zanimljivim temama. Gore navedenu Izjavu u potpunosti prihvaćam što potvrđujem i svojim potpisom na ovom dokumentu.

Mjesto i datum

Potpis dosadašnjeg ugovaratelja/Potpis i pečat osobe ovlaštene za zastupanje

Potpis ugovaratelja osiguranja/Potpis i pečat osobe ovlaštene za zastupanje

Potpis osiguranika (obavezno ukoliko ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu iste osobe)

Napomena:

Ovaj Zahtjev sačinjen je u tri (3) istovjetna primjerka, od kojih jedan zadržava ugovaratelj osiguranja, drugi osiguranik, a treći se dostavlja osiguratelju. Ukoliko se promjene ne odnose na osiguranika, Zahtjev se sačinjava u dva (2) istovjetna primjerka, jedan za ugovaratelja osiguranja, a drugi za osiguratelja.

**U slučaju zatražene promjene pod rednim brojevima 4, 5, 6, 9 i 10 osiguranik obavezno treba ispuniti i potpisati Izjavu o zdravstvenom stanju, životnim navikama, zanimanju i sportovima osiguranika (OI-03-0709).