

Zahtjev za ugovaranje i promjene dopunskih osiguranja, indeksacije i premije/ugovorene svote/ trajanja u ugovoru životnih osiguranja

(upisati naziv osiguranja s ugovora)

Broj police: _____ Promjenu želim od _____

Podaci o podnositelju zahtjeva Ugovaratelj Osiguranik

Ime i prezime/Tvrtka _____

MBG/MB _____ Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Molimo Vas, zaokružite redni broj ispred onih promjena zbog kojih podnosite ovaj zahtjev i ispunite potrebne podatke.

Naziv promjene	Dosadašnji podatak	Promijenjeni podatak
1. Dopunsko osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja <input type="checkbox"/> zaključenje* <input type="checkbox"/> promjene, <input type="checkbox"/> otkazivanje	Cjenik DN _____ Početak osiguranja _____ Istek osiguranja _____ Godišnja premija _____ Zanimanje _____	Cjenik DN _____ Početak osiguranja _____ Istek osiguranja _____ Godišnja premija _____ Zanimanje _____
*obvezno navesti sadašnje zanimanje osiguranika		
2. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka teške bolesti <input type="checkbox"/> zaključenje* <input type="checkbox"/> promjene, <input type="checkbox"/> otkazivanje	Početak osiguranja _____ Pristupna dob/zajednička pristupna dob _____ Trajanje _____ Istek osiguranja _____ Ugovorena svota _____ Godišnja premija _____	Početak osiguranja _____ Pristupna dob/zajednička pristupna dob _____ Trajanje _____ Istek osiguranja _____ Ugovorena svota _____ Godišnja premija _____
*obvezno ispuniti Osiguranikovu izjavu o zdravstvenom stanju		
3. Indeksacija (samo za M4 i MZ4 cjenike) <input type="checkbox"/> ugovaranje <input type="checkbox"/> otkazivanje <input type="checkbox"/> da _____ % <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> da _____ % <input type="checkbox"/> ne

4. Ostale promjene

Napomena: U skladu s odredbom Ugovora o osiguranju prema kojoj je ugovaratelj obavezan unaprijed platiti naknadu za usluge koje posebno traži od osiguratelja, a prema Odluci Uprave Društva, kod ovih promjena ugovaratelju osiguranja se zaračunava administrativna naknada u iznosu od 10 EUR. Ta se naknada obračunava u iznos nove ugovorene svote / rente.

a) Promjena iznosa premije

mjesečne samo cj. RM i D1) _____ Iznos u EUR _____ Iznos u EUR _____

b) Promjena ugovorene svote (svi cj. osim D1 i RM1) _____ Iznos u EUR _____ Iznos u EUR _____

Napomena: Može se zahtjevati promjena samo jednog od gore navedenog, tj. ili premije ili ugovorene svote. Promjenom premije određena je i promjena ugovorene svote / rente i obratno.

c) Promjena isteka osiguranja

(svi cj. osim D1, TB, RM) _____ 01. _____ 01.

Sklapanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Allianz Zagreb d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Allianz Zagreb d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Mjesto _____ Datum _____ Potpis osiguranika* _____ Potpis ugovaratelja osiguranja** _____

*Obavezan potpis i ugovaratelja i osiguranika ako su različite osobe.

Napomena: Potpis ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika na Zahtjevu za promjenu ugovora o osiguranju smatra se potpisom na polici.