

STROGO ZAUPNO

OSEBNA ZAVAROVANJA
 Oddelek obdelave in ocene rizika
 p.p.2600, 1001 Ljubljana



OBRAZEC
ADMINISTRATIVNE SPREMEMBE POGODBE OSEBNEGA ZAVAROVANJA

Št. pogodbe:	Začetek veljavnosti spremembe:
--------------	--------------------------------

Obstoječi podatki:

Zavarovalec:	
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	Tel.:
Davčna številka:	E-mail:

Sprememba naslova:

Novi naslov <input type="checkbox"/> zavarovalca <input type="checkbox"/> zavarovanca:
--

Sprememba priimka:

Novi priimek <input type="checkbox"/> zavarovalca <input type="checkbox"/> zavarovanca <input type="checkbox"/> upravičenca:
--

Prosimo priložite fotokopijo osebnega dokumenta oz. dokumenta iz katerega je sprememba razvidna. V skladu s 4.a členom Zakona o potnih listinah državljanov RS (ZPLD-1) imate pravico, da fotokopijo osebnega dokumenta označite s svojim podpisom.

Sprememba upravičenca:

¹ Novi upravičenec v primeru smrti zavarovanca:
¹ Novi upravičenec v primeru doživetja:
¹ Novi upravičenec v primeru nezgode:
¹ Novi upravičenec v primeru težke bolezni:
¹ Novi upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente:

¹Vpišite ime, priimek in rojstni datum.

POMEMBNO: Upravičenec v primeru smrti in smrti prejemnika nezgodne rente ne more biti zavarovanec. Upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente je lahko le ena fizična oseba.

Sprememba plačila:

Novi način plačila <input type="checkbox"/> mesečno <input type="checkbox"/> četrletno <input type="checkbox"/> polletno <input type="checkbox"/> letno
Nova oblika plačila: ² <input type="checkbox"/> direktna obremenitev <input type="checkbox"/> plačilni nalog <input type="checkbox"/> virman <input type="checkbox"/> administrativna prepoved

²V primeru, da je izbrana oblika plačila direktna obremenitev prosimo priložite izpolnjen obrazec (Obr.št.:OZ-O-001, Obr.št.:OZ-O-002 ali Obr.št.:OZ-O-024)

Vinkulacija, zastava:

Želim: <input type="checkbox"/> vinkulacijo <input type="checkbox"/> zastavo police od datuma:
Naziv in naslov vinkulanta oz. zastavnega upnika:

Duplikat police:

Želim duplikat police številka:

Izjavljam, da navedene izvorne police nisem odstopil – izročil, niti nisem pravic, ki izhajajo iz nje, prenesel na nikogar in jo s tem proglašam za neveljavno. Na osnovi navedenega ne morem sam, niti upravičenci, niti katerakoli druga oseba uveljaviti pravic na osnovi izvorne police.

Spodaj podpisani zavarovalec oziroma zavarovanec potrjujem, da sem v celoti in popolnoma seznanjen s podatki iz 217. člena Zakona o zavarovalništvu (velja v primeru, da je pri izpolnjevanju tega obrazca sodeloval zavarovalni zastopnik).

Stroški spremembe se obračunajo v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom Merkur zavarovalnice.

Kraj in datum: _____

Podpis zavarovanca: _____

Podpis zavarovalca: _____

(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)