

**OBRAZEC**  
**ZA MIROVANJE ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA**  
(mirovanje je možno v kolikor je pogodba veljavna vsaj eno leto in ne več kot tri leta)

Številka pogodbe:	Začetek veljavnosti mirovanja:
-------------------	--------------------------------

**Obstoječi podatki:**

Zavarovalec:	
Datum in kraj rojstva:	
Davčna številka:	
<sup>1</sup> Naslov:	
<sup>1</sup> Telefon:	E-mail:
Zavarovanec:	Rojen:
Naslov zavarovanca:	
Telefon (zavarovanca):	

<sup>1</sup>Izpolnite v kolikor ste medtem spremenili podatke

**Obdobje mirovanja:**

Mirovanje zavarovanja za obdobje	mesecev (največ 6 mesecev)
----------------------------------	----------------------------

**POMEMBNO:** Začetek mirovanja mora biti vedno v naslednjem mesecu. Mirovanje za že zapadle mesece ni možno. Pred spremembo morajo biti poravnane vse premije.

**Zavedam in strinjam se, da v času mirovanja ne plačujem zavarovalne premije in nimam zavarovalnega kritja. Po poteku mirovanja bom imel zavarovalno kritje v skladu s pogoji in pogodbo, ki je veljala pred začetkom mirovanja.**

**Strinjam se, da se konec zavarovanja prestavi za čas trajanja mirovanja.**

**V kolikor se bo moje zdravstveno stanje v času mirovanja spremenilo, bom to pisno in pravočasno sporočil zavarovalnici.**

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).

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovanca: \_\_\_\_\_

Podpis zavarovalca: \_\_\_\_\_

(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja)