

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:

Sprememba priimka:

Novi priimek ¹ (zavarovalca, zavarovanca, upravičenca):
--

¹Ustrezno podčrtaj. Prosimo priložite fotokopijo osebnega dokumenta oz. dokumenta iz katerega je sprememba razvidna.

Sprememba upravičenca:

² Novi upravičenec v primeru smrti zavarovanca:
² Novi upravičenec v primeru doživetja:
² Novi upravičenec v primeru nezgode:
² Novi upravičenec v primeru težke bolezni:
² Novi upravičenec v primeru smrti prejemnika nezgodne rente:

²Vpišite ime, priimek in rojstni datum.

POMEMBNO: Upravičenec v primeru smrti 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:	³ <input type="checkbox"/> direktna obremenitev	<input type="checkbox"/> plačilni nalog	<input type="checkbox"/> virman	<input type="checkbox"/> administrativna prepoved

³V 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:

Vinkulacija/zastava (ustrezno podčrtaj) 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)