

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: 01. 20_____
-------------------	--

Obstoječi podatki:

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

¹Izpolnite 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)