

OBRAZEC
SPREMEMBA ZAVAROVALCA NA ŽIVLJENJSKI POGODBI

(želeno spremembo sporočite vsaj 14 dni pred začetkom spremembe)

Številka pogodbe:	Začetek veljavnosti spremembe:
-------------------	--------------------------------

Obstoječi podatki:

Obstoječi zavarovalec:	Rojen:
Naslov:	

Zavarovanec:	Rojen:
Telefon zavarovanca:	

Podatki o novem zavarovalcu:

Novi zavarovalec (priimek in ime):	
Datum in kraj rojstva:	
Naslov:	
Davčna številka:	¹ Matična št. podjetja:
Telefon:	E-mail:

¹Podatek se vpisuje v primeru, da je novi zavarovalec pravna oseba

Podatki o upravičencu (v kolikor je upravičenec fizična oseba vpišite ime, priimek in rojstne podatke):

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

²V primeru, da so zgornje rubrike prazne, se smatra, da je upravičenec novi zavarovalec.

Oblika plačila:

Nova oblika plačila: ⁴ <input type="checkbox"/> direktna obremenitev <input type="checkbox"/> plačilni nalog <input type="checkbox"/> virman <input type="checkbox"/> administrativna prepoved

⁴V primeru, da je izbrana oblika plačila direktna obremenitev prosimo priložite izpolnjen obrazec (Obr.št.:OZ-O-001 ali Obr.št.:OZ-O-002 ali :OZ-O-024)

V kolikor letna premija na pogodbi presega 1.000,00 EUR oz. enkratno vplačilo 2.500,00 EUR, je potrebno, v skladu z določbami Zakona o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma (Ur.l.RS, št. 60/2007), izpolniti podatke o osebnem dokumentu, če je zavarovalec pravna oseba je potrebno izpolniti še podatke o pooblaščenih osebi podjetja.

Izpolni pravna oseba (vse rubrike)	Izpolni fizična oseba	Ime in priimek:
		Stalno prebivališče:
		Datum in kraj rojstva:
		Davčna številka:
	Vrsta osebnega dokumenta: <input type="checkbox"/> potni list <input type="checkbox"/> osebna izkaznica	
	Številka osebnega dokumenta:	
	Izdajatelj osebnega dokumenta:	
	Razlog sklenitve zavarovanja:	

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: _____

⁵Podpis starega zavarovalca: _____

⁵Podpis novega zavarovalca: _____

⁴(v kolikor je to podjetje tudi žig podjetja, **potreben je podpis starega in novega zavarovalca**)