

Agencija

Datum prispetja

Št. police

Št. ponudbe

Sprememba police življenjskega zavarovanja

V skladu s pogoji zavarovalnice. Prosimo, izpolnite s tiskanimi črkami. ☒ Ustrezno **prekrižajte!**

Zavarovalec

hkrati zavarovanec

☐ DA

☐ NE

☐ Moški

☐ Ženska

Davčna št.

Priimek - ime - naziv

Tel. št.

Poštna št.

Rojstni podatki

dan

mesec

leto

Delovno mesto

Vrsta dejavnosti

(navedite aktualno zaposlitev oz. dejavnost, ne glede na poklic)

E-pošta

Kraj - ulica

Hišna št.-vhod-nadstr.-št. stanov.

Občina

S podpisom tega obrazca pooblašчам GRAWE zavarovalnico d.d. Spremembe naj začnejo veljati dne

01

1. Sprememba: ☐ zavarovalca ☐ zavarovanca (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ naslova zavarovalca ☐ naslova zavarovanca

☐ Moški

☐ Ženska

Davčna št.

Priimek - ime - naziv

Tel. št.

Poštna št.

Rojstni podatki

dan

mesec

leto

Delovno mesto

Vrsta dejavnosti

(navedite aktualno zaposlitev oz. dejavnost, ne glede na poklic)

E-pošta

Kraj - ulica

Hišna št.-vhod-nadstr.-št. stanov.

Občina

2. Ostale spremembe (novo stanje): Obvezno označite zaporedno številko pred spremembo, ki jo želite opraviti in samo spremembo.)

1.

☐ Fiksni 2%

☐ Indeks življenjskih stroškov

☐ brez

2.

☐ Zvišanje

☐ Znižanje premije življenjskega zavarovanja na: _____ EUR

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)

3.

Zavarovalna vsota za primer smrti _____ EUR

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)

4.

Nova razdelitev premije v sklade:

Ap. Kon. _____ %

Ap. Urav. _____ %

Ap. Din. _____ %

Ap. Em. Eur. _____ %

Ap. New W. _____ %

Ap. Nach. Glob. Bond, _____ %

Valif _____ %

5.

Prenos kritne rezervacije iz sklada (ustrezno označite)

☐ Ap. Kon., ☐ Ap. Din., ☐ Ap. Urav., ☐ Ap. Em. Eur., ☐ Ap. New W., ☐ Ap. Nach. Glob. Bond, ☐ Valif

v sklad (ustrezno označite)

☐ Ap. Kon., ☐ Ap. Din., ☐ Ap. Urav., ☐ Ap. Em. Eur., ☐ Ap. New W., ☐ Ap. Nach. Glob. Bond, ☐ Valif

6.

Način plačila:

☐ 1/1

☐ 1/2

☐ 1/4

☐ 1/12

7.

Dodatno zavarovanje nezgodne smrti UTZ:

☐ 5.000,- EUR

☐ 10.000,- EUR

☐ 15.000,- EUR

☐ 20.000,- EUR

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ UKINITEV

8.

Dodatno zavarovanje nezgodne smrti v prometni nesreči VTZ:

☐ 5.000,- EUR

☐ 10.000,- EUR

☐ 15.000,- EUR

☐ 20.000,- EUR

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ UKINITEV

9.

Dodatno zavarovanje trajne invalidnosti UI50P:

☐ DA

☐ UKINITEV

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)

10.

Dodatno nezgodno zavarovanje:

☐ UI1 zav. vsota 75.000,- EUR

☐ UI3 zav. vsota 20.000,- EUR

Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 10,- EUR

Letna premija:

☐ UI2 zav. vsota 150.000,- EUR

☐ UI4 zav. vsota 40.000,- EUR

Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 20,- EUR

Letna premija:

Družinsko nezgodno zavarovanje:

☐ UI5 zav. vsota 20.000,- EUR

Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 10,- EUR

Letna premija:

☐ UI6 zav. vsota 40.000,- EUR

Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 20,- EUR

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ UKINITEV

☐ Dnevno nadomestilo:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)

UI _____ v višini _____ EUR

☐ UKINITEV

Letna premija:

11.

Dodatno zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni RDN1Z:

☐ Zavarovalna vsota _____ EUR za primer nastopa težke bolezni.

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ UKINITEV

12.

Dodatno zavarovanje za primer smrti RAN1Z:

☐ Zavarovalna vsota _____ EUR za primer smrti.

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju) ☐ UKINITEV

13.

Dodatno zavarovanje za primer delovne nezmožnosti AUZ:

☐ Skupna bruto premija _____ EUR

☐ UKINITEV

Letna premija:

(Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)

14.

Upravičenci v primeru:

☐ smrti

☐ doživetja

Priimek in ime

Datum rojstva

Delež v %

☐ smrti

☐ doživetja

15. ☐ Prekinitev zavarovalne pogodbe

16. ☐ Sprememba v zavarovanje brez plačila premije

17. ☐ Zahteva za izstavitev dvojnika

18. ☐ Odkup

19. ☐ Delni odkup _____

20. ☐ Izplačilo predujma

21. ☐ Obnovitev police

22. ☐ Vinkulacija

23. ☐ Razno _____

Kraj in datum

Žig in podpis zastopnika

Podpis zavarovalca

Podpis zavarovanca, polnoletne osebe
(v kolikor sta zavarovanec in zavarovalec različni osebi)

19_04_2017