



ZAHTEVEK ZA ENOSTAVNE SPREMEMBE ZAVAROVALNE POLICE

Zavarovalec (ime, priimek / naziv): _____
Naslov zavarovalca: _____
Kontaktna telefonska številka: _____
E-poštni naslov: _____

Davčna številka zavarovalca: _____
Številka zavarovalne police / ponudbe: _____
Vrsta zavarovanja: _____

Od dne _____ prosim za naslednje spremembe*:

* sporočite do 20. v mesecu pred katerim zapade premija

1. Novi naslov sklenitelja zavarovanja: _____
2. Sprememba plačila na: letno polletno četrletno mesečno (obkroži)
(pri premož. možno samo s trajnikom)
3. Sprememba načina plačila: položnica trajni nalog (obkroži)
4. Sprememba višine premije
5. Brezpremijska zavarovalna vsota
6. Storno police
7. Vinkulacija* (vinkulirati v korist _____
- polni naslov) _____
- * Pri vinkulaciji se obvezno priloži original police
8. Sprememba upravičenca* v primeru doživetja v primeru smrti

* Pri življenjskih zavarovanjih se vnese samo upravičenec, % in datum rojstva ter preklicno oz. nepreklicno upravičenost.

Upravičenci (ime in priimek)	%	EMŠO	Naslov	Davčna številka	Preklicno / nepreklicno
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N

9. Ostalo / Razlog spremembe: _____

Kraj, datum: _____

Podpis in organizacijska številka
zastopnika / posrednika

Podpis postavitelja zahtevka
(v primeru PO tudi žig)

Žig in podpis delodajalca
(v primeru kolektivnega pok. zavarovanja)