

**ZAHTJEV ZA PROMJENU RASPODJELE PREMIJE
KOD OSIGURANJA ŽIVOTA POVEZANOG S INVESTICIJSKIM FONDovima**

UGOVARATELJ OSIGURANJA	
Ime i prezime / Naziv poslovnog subjekta:	_____
Adresa prebivališta / Sjedište:	_____
OIB:	_____
Jeste li porezni rezident RH <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Jeste li porezni rezident druge države <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
	Ako DA molimo dostavite ispunjen obrazac Izjava o poreznoj rezidentnosti
Telefon za kontakt:	_____
Zahtjev za promjenu raspodjele premije kod osiguranja povezanog s investicijskim fondovima	
Polica:	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px;"></div>
Molim Vas da po gore navedenoj polici, sukladno Uvjetima za osiguranje života povezanog s investicijskim fondovima	
Buduće uplate, počevši od _____ investirate u slijedeće fondove u postocima kako je niže navedeno:	
Raiffeisen Classic:	_____ %
Raiffeisen Harmonic:	_____ %
Raiffeisen Dynamic:	_____ %
Napomena: ukupan zbroj postotaka treba biti 100,00	
Svojim potpisom ugovaratelj osiguranja potvrđuje da je upoznat s Ključnim informacijama za ulagatelje, Prospektom i Pravilima Fonda za odabrane fondove te da ih u potpunosti prihvaća. Ključne informacije za ulagatelje, Prospekti i Pravila Fonda dostupne su na internet stranici www.rbainvest.hr . Sve dopune i izmjene Ključnih informacija za ulagatelje, Prospekata i Pravila Fonda biti će objavljivane sukladno Zakonskim odredbama.	

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

U _____ dana _____ . _____
vlastoručan potpis ugovaratelja/pečat i potpis ugovaratelja