

IZJAVA O DOBROVOLJNOJ OBUSTAVI OD PLAĆE ZA OSIGURANJE

UGOVARATELJ OSIGURANJA

Ime i prezime:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

OIB:

IZJAVA I PODACI O POSLODAVCU

Dobrovoljno pristajem da se od moje plaće, odnosno u slučaju bolesti od naknade koju primam od:

Naziv poslodavca:

Adresa:

OIB:

obustavlja premija osiguranja po ponudi/ugovoru br

počevši od

Premiju osiguranja želim plaćati: godišnje polugodišnje tromjesečno mjesečno

U slučaju nemogućnosti plaćanja preko poslodavca obvezujem se da ću dospjele premije plaćati putem FINE, pošte ili banke.

INFORMACIJE

O iznosu premije osiguranja koja treba biti obustavljena i doznačena u korist Merkur osiguranja d.d kao i o podacima za plaćanje, Merkur osiguranje će pisanim putem obavijestiti poslodavca na adresu navedenu na ovom zahtjevu.

Osiguranci koji imaju ugovoreno plaćanje putem dobrovoljne obustave od plaće (administrativne zabrane) ne primaju uplatnice. U slučaju promjene dinamike plaćanja Merkur osiguranje će izvršiti korekciju premije.

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,

Potpis ugovaratelja

Ovjera poslodavca (pečat i potpis)

Merkur osiguranje d.d., Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10 000 Zagreb – besplatni tel: 0800 360 360, fax: (01) 6157 130, OIB 0893783543