

ZAHTJEV ZA PROMJENU UGOVARATELJA OSIGURANJA PO NEŽIVOTNOM UGOVORU

PODACI O DOSADAŠNJEM UGOVARATELJU OSIGURANJA	
Ime i prezime/Naziv :	Broj ugovora:
Adresa prebivališta/sjedišta:	
OIB:	Kontakt telefon:

PODACI O NOVOM UGOVARATELJU OSIGURANJA		
Ime i prezime/Naziv :		
Adresa prebivališta/sjedišta:		
Adresa za dostavu pošte (ako je različita od prebivališta): Napomena: za daljnju pisanu komunikaciju vezanu uz ovaj ugovor koristit ćemo dostavnu adresu		
OIB:	Datum rođenja:	Kontakt telefon – fiksni:
e-mail:	Kontakt telefon – mobilni:	
Pravne osobe	Ime i prezime zakonskog zastupnika/punomoćnika koji potpisuje ovaj zahtjev:	
Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Potvrđujem da sam upoznat/a i suglasan/na sa Uvjetima temeljem kojih je zaključeno osiguranje. 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.		
Potpis osiguranika	Potpis/pečat i potpis dosadašnjeg ugovaratelja	Potpis/pečat i potpis novog ugovaratelja
PROSTOR ZA OVJERU (ISPUNJAVA DJELATNIK MERKUR OSIGURANJA D.D.)		
Podatke provjerio/la (ime i prezime osobe odgovorne osobe)	Pečat Ureda/prodajnog mjesta i potpis:	Datum zaprimanja zahtjeva:

Merkur osiguranje d.d., Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10 000 Zagreb, besplatni tel: 0800 360 360, fax: (01) 6157 130, OIB 089378354

Prilikom promjene ugovaratelja osiguranja, u pogledu poreza, doprinosa i ostalih davanja, ugovaratelj osiguranja dužan je postupati u skladu sa Zakonom o porezu na dohodak te svim ostalim relevantnim važećim propisima.

Obvezan privitak ovom zahtjevu su polica osiguranja i kopije osobnih iskaznica ugovaratelja osiguranja. Vlastoručno potpisan/ovjeren zahtjev je potrebno dostaviti u originalu.