

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: <input type="checkbox"/> godišnje <input type="checkbox"/> polugodišnje <input type="checkbox"/> tromjesečno <input type="checkbox"/> 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.	
IBAN Merkur osiguranja za: životno osiguranje	HR9623600001102631204
neživotno osiguranje	HR8223600001502152437
osiguranje povezano s investicijskim fondom	HR4424840081300104913

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)