

ОРГАНИЗАЦИСКА ЕДИНИЦА ....., Број на полиса ....., Почеток на важност на промената 01. ....

(Барањето примено 8 дена пред истекот на календарскиот месец ќе биде реализирано со почетокот на важноста на 01. во следниот календарски месец)

## I. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕТО

Име и презиме на првиот договорач / назив на правното лице .....

датум на раѓање ....., ЕМБГ/ЕДБ ....., телефонски бр. ....

точна адреса .....

бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....

Име и презиме на вториот договорач .....

датум на раѓање ....., ЕМБГ/ЕДБ ....., телефонски бр. ....

точна адреса .....

бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....

Име и презиме на законскиот застапник .....

датум на раѓање ....., ЕМБГ ....., телефонски бр. ....

точна адреса .....

бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....

## II. ФИНАНСИСКИ ПРОМЕНИ

### 1. ПРОМЕНА НА ПРЕМИЈАТА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ/СУМА НА ОСИГУРУВАЊЕ

Промена на премијата за осигурување на основното осигурување од ..... ЕУР на ..... ЕУР.

Промена на осигурената сума на основното осигурување од ..... ЕУР на ..... ЕУР.

- Ако при промена на висината на премијата за осигурување новата осигурена сума не е дефинирана, таа се менува пропорционално со премијата и во согласност со тарифата, која важи при склучувањето на осигурувањето.

### 2. ПРЕСТАНОК НА ПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈАТА НА ОСИГУРУВАЊЕ

Изјавувам дека не сакам да продолжам со плаќање на премијата за осигурување за горенаведеното осигурување. Со престанувањето на плаќањето на премијата сакам за склученото осигурување да се изведе:

Мирување на плаќањето на премијата за период од ..... до ..... во согласност со важечките Општи услови за склученото осигурување, при што, за дополнителните осигурувања во времето на мирување, гаранцијата на осигурувачот не важи.

Капитализација на осигурувањето (ослободување од понатамошно плаќање на премијата) во согласност со важечките Општи услови за склученото осигурување, при што, за дополнителните осигурувања во времето на мирување, гаранцијата на осигурувачот не важи.

Сторно без вредност (престанок на Договорот) во согласност со важечките Општи услови за склученото осигурување, кои ги дефинираат последиците од неплаќање на премијата, при што осигурувачот има право да ги задржи сите уплатени премии, а основното и дополнителните осигурувања престануваат во 24:00 часот на денот на престанок на Договорот.

III. СО ЦЕЛ ПОДОБРУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТОТ НА УСЛОВИТЕ НА ОСИГУРУВАЊЕ, ВЕ МОЛИМЕ ДА ГО ПОПОЛНИТЕ ПРАШАЛНИКОТ:

1. Која е причината за наведената промена на осигурувањето?

- Променета финансиска состојба.
- Случување на ново осигурување, како замена за постоечкото (означете ја причината):
- Капитализација/Сторно на постоечкото осигурување.
  - Несоодветно осигурително покритие.
  - Поповолна понуда.
- Друго: .....

2. Ако сте склучиле осигурување во друго осигурително друштво, можете ли да ни кажете каде: .....

3. Поради што мислите дека другото осигурително друштво е поповолно:

- Пониски трошоци  Повисоки приноси  Пошироко осигурително покритие
- Друго: .....

4. Дали одлуката за промена на осигурувањето сте ја донеле врз основа на:

- Сопствена желба  ДА  НЕ
- Препорака на посредникот на осигурување  ДА  НЕ

5. Дали посредникот за осигурување Ви ги претставил трошоците за склучување на ново осигурување и трошоците за прекинување на постоечкото осигурување? (Влезни и излезни трошоци, повисоки премии за опасности поради подлабока старост и евентуално променета здравствена состојба, даночни обврски, ...)

- ДА  НЕ

6. Дали посредникот за осигурување Ви ги појаснил предностите на постоечкото осигурување?

- ДА  НЕ

IV. ДЕКЛАРАЦИЈА

Јас како осигуреник/законски застапник на осигуреникот, договараач, со потпишување на Барањето за промена, потврдувам и изјавувам дека сум согласен/а:

- Осигурувачот за себе и друштвата од Групацијата Триглав\*\*, за целите на директен маркетинг\*, профилирање на странките и изведување на бонитетните програми, да ги обработува и посредува за обработка личните податоци од Договорот за осигурување и од документите кои настануваат при неговото склучување со исклучок на чувствителните лични податоци.

\*Осигуреникот/законскиот застапник на осигуреникот и договараачот можат дозволата за обработка на личните податоци наменети за целите на директниот маркетинг да ја отповикаат во кое било време, со писмено барање пратено на адреса: Триглав Осигурување Живот АД, Скопје бул. 8-ми Септември бр.16, 1000 Скопје;

\*\*Друштвата од Групацијата Триглав се достапни на [www.triglav.eu](http://www.triglav.eu).

V. ПОТПИСИ

Во ....., на ден .....

.....  
потпис на првиот договараач, односно печат и потпис на законскиот застапник, ако договараачот е правно лице

.....  
потпис на вториот договараач

.....  
потпис на првото осигурено лице

.....  
потпис на второто осигурено лице

Податоци за претставникот на осигурувачот

Шифра	Презиме и име	Потпис	Место	Датум

Само со целосно пополнета пријава и со поднесување на сите потребни документи Вашето барање ќе биде брзо и соодветно решено, на задоволство на двете страни.