

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. ПРОМЕНИ ВО СОДРЖИНАТА НА ОСИГУРУВАЊЕТО

1. Промена на име / презиме / адреса на осигурено лице / адреса на договорач (означете го видот на промената)

Нови податоци за првото осигурено лице, ЕМБГ

Нови податоци за второто осигурено лице, ЕМБГ

Нови податоци за договорачот, ЕМБГ/ЕДБ

2. Промена на адресата за известување

Нови податоци

3. Промена на корисник

Нов корисник	за првото осигурено лице	за второто осигурено лице
<input type="checkbox"/> за доживување
<input type="checkbox"/> смрт
<input type="checkbox"/> за смрт поради несреќен случај
<input type="checkbox"/> останато

4. Промена на начинот на плаќање на премијата / фреквенција на плаќање на премијата / плаќач на премијата за осигурување (означете го видот на промената)

Нов начин на плаќање на премијата е траен налог административна забрана* фактура уплатница

Нова фреквенција на плаќање месечно квартално полугодишно годишно

Име и презиме/Назив на новиот плаќач, датум на раѓање

точна адреса, ЕМБГ/ЕДБ

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

Задолжителен прилог: *, „Согласност за административна забрана“

.....
потпис на новиот плаќач

III. ДЕКЛАРАЦИЈА

1. Јас како осигуреник/законски застапник на осигуреникот, договорач, со потпишување на Барањето за промена, потврдувам и изјавувам дека сум согласен/а:
- Осигурувачот за себе и друштвата од Групацјата 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 договорачот 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 Групацјата Триглав се достапни на www.triglav.eu.

V. ПОТПИСИ

Во

на ден

.....
потпис на првиот договарач, односно печат и потпис на законскиот застапник, ако договарачот е правно лице......
потпис на вториот договарач.....
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.