

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

(Барањето применено 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

- 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 Групаацијата 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 Групаацијата Триглав се достапни на [www.triglav.eu](http://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.

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

(Барањето примено 8 дена пред истекот на календарскиот месец ќе биде извршено со почетокот на важноста на 1. во следниот календарски месец.)

## 1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕТО

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

датум на раѓање ....., даночен број ....., 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 ....., даночен број ....., 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 ....., даночен број ....., телефонски бр. ....,

точна адреса .....

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

## 2. ПРИКЛУЧУВАЊЕ/ИСКЛУЧУВАЊЕ/ПРОМЕНА НА ДОПОЛНИТЕЛНОТО ОСИГУРУВАЊЕ ОД НЕСРЕЌА

### за првото осигурено лице

за случај на смрт од несреќа и инвалидност осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за дневен надоместок осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за надомест за болнички ден осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за рента \* осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

исклучување на зголемениот обем на осигурителното покритие, изведен со акциско приклучување со 01.

\*месечна рента за 50 или повеќе процентна инвалидност, настаната заради несреќата.

Корисник во случај на смрт од несреќа .....

Корисник за ИНВ, ДНО, НБД, РЕНТА .....

### за второто осигурено лице

за случај на смрт од несреќа и инвалидност осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за дневен надоместок осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за надомест за болнички ден осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

за рента \* осигурителна сума ..... ЕУР; премија .....ЕУР.

исклучување на зголемениот обем на осигурителното покритие, изведен со акциско приклучување со 01.

\*месечна рента за 50 или повеќе процентна инвалидност, настаната заради несреќата.

Корисник во случај на смрт од несреќа .....

Корисник за ИНВ, ДНО, НБД, РЕНТА .....

**3. Приклучување/ исклучување / Промена на до Дополнителното осигурување за тешки Болести и Повреди**

за првото осигурено лице

траење на осиг. ....; осигурена сума .....ЕУР; обем на покритие:  основен пакет;  проширен пакет; премија .....ЕУР.

за второто осигурено лице

траење на осиг. ....; осигурена сума .....ЕУР; обем на покритие:  основен пакет;  проширен пакет; премија .....ЕУР.

Корисник во случај на прво појавување на една од тешките болести и една од повредите е осигуреното лице.

Забелешка: При додавање или зголемување на осигурената сума на дополнителното осигурување, задолжително се пополнува прилог образецот "Прашалник за здравствената состојба на осигуреното лице".

**4. ДЕКЛАРАЦИЈА**

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

- Осигурувачот за себе и за друштвата од Групацијата Триглав\*\*, за целите на директен маркетинг\*, профилирање на странките и изведување на бонитетните програми, да ги обработува и посредува за обработка на 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 договарачот 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 адресата: 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).

**5. 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