

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

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

### 1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕТО

Име и презиме на првиот досегашен договарач / 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 досегашен договарач .....

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 .....

### 2. ПРЕГЛЕД НА СТРАНКАТА (новиот договарач)

#### 2.1. Физички лица

Име и презиме на договарачот ....., датум на раѓање .....

место и држава на раѓање ....., точна адреса .....

ЕМБГ ....., бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ .....

орган кој го издал документот .....

резидент на Република Македонија  ДА  НЕ резидент на држава .....

статус:  вработен  невработен  студент  пензионер

Државјанин на САД/ Резидент на САД за даночни цели  ДА  НЕ TIN/SSN .....  
(tax identification number/social security number)

Име и презиме на законскиот застапник ....., датум на раѓање .....

место и држава на раѓање ....., точна адреса .....

ЕМБГ ....., бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ .....

резидент на Република Македонија  ДА  НЕ резидент на држава .....

#### 2.2. Правни лица

Назив на правното лице .....

точна адреса ....., ЕДБ .....

Дејност на правното лице .....

Држава каде што бил примен актот за основање на правното лице: .....

Дали договарачот е финансиска институција?  ДА  НЕ

Дали договарачот е правно лице чии хартии од вредност котираат на организираниот пазар на ЕУ?  ДА  НЕ

Цел на промена на договарачот  Социјална заштита  Заштита на семејството  Друго .....

#### Физичко лице кое е 25%, или повеќе процентен сопственик на правното лице

Име и презиме .....  
датум на раѓање ....., ЕМБГ ....., телефонски бр. ....,  
точна адреса .....  
бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....  
резидент на Република Македонија  ДА  НЕ резидент на држава .....

#### Законски застапник на правното лице

Име и презиме .....  
датум на раѓање ....., ЕМБГ ....., телефонски бр. ....,  
точна адреса .....  
бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....  
резидент на Република Македонија  ДА  НЕ резидент на држава .....

#### Промена на корисник

Нов корисник	за прво осигурено лице	за второ осигурено лице
<input type="checkbox"/> за доживување	.....,	.....,
<input type="checkbox"/> за смрт	.....,	.....,
<input type="checkbox"/> за смрт поради несреќен случај	.....,	.....,
<input type="checkbox"/> останато	.....,	.....,

#### Промена на начинот на плаќање на премијата / фреквенцијата на плаќање на премијата / плаќачот на премијата за осигурување (означете го видот на промена)

Нов начин на плаќање на премијата е  уплатница  траен налог  фактура  административна забрана\*  останато  
Нова фреквенција на плаќање  месечно  квартално  полугодишно  годишно

Име и презиме/Назив на новиот плаќач .....  
датум на раѓање ....., ЕМБГ/ЕДБ .....  
точна адреса .....  
бр. на личниот документ ....., вид на личниот документ ....., орган кој го издал документот .....  
\*задолжителен прилог: „Согласност за административна забрана“  
.....  
Потпис на новиот плаќач

### 3. ИЗЈАВА НА ДОГОВАРАЧОТ

#### Изјава на досегашниот договарач

Изјавувам дека се откажувам од сите права и должности од осигурувањето и ги отстапувам на новиот договарач.

#### Изјава на новиот договарач

Изјавувам дека ги преземам сите права и должности од осигурувањето, по наведената полиса и дека влегувам во правна положба на досегашниот договарач.

### 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 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 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 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).

### 5. ПОТПИСИ

Во ....., на ден .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 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.