TRIGLAV OSIGURANJE D:D:
ANTUNA HEINZA 4; ZAGREB

PODRUŽNICA _____
POSLOVNICA _____

ZAHTJEV ZA PRESTANAK PLAĆANJA UGOVORENE PREMIJE PO POLICI OSIGURANJA ŽIVOTA

broj _____

UGOVARATELJ OSIGURANJA

_____													

Ime i prezime / Naziv tvrtke ili obrta MBG/MB/OIB

Adresa: Telefon:

□ **MIROVANJE**

Molim da mi odobrite prekid plaćanja premije po polici osiguranja života s datumom _____ i da mi odobrite mirovanje u razdoblju od _____ do _____.
IZJAVA: Upoznat(a) sam i suglasan(a) da za vrijem mirovanja nemam pokriće za dopunska osiguranja koja sam ugovorio(la) po ovoj polici.

□ **RASKID**

Molim da mi odobrite prekid plaćanja premije po polici osiguranja života s datumom _____ i da s tim datumom prestaje moje osiguranje bez prava na povrat do tada plaćene premije. Potvrđujem da sam upoznat(a) s pravom i uvjetima za obnovu osiguranja.
IZJAVA: Izjavljujem da ne želim nastaviti s plaćanjem premije osiguranja za navedeno osiguranje.

□ **KAPITALIZACIJA**

Molim da mi odobrite prekid plaćanja premije po polici osiguranja života s datumom _____. Ukoliko moja polica u skladu s Uvjetima za osiguranje života zadovoljava uvjete za kapitalizaciju, molim da temeljem ovog Zahtjeva provedete kapitalizaciju odnosno smanjenje osiguranog iznosa na mojoj polici bez daljnjeg plaćanja premije i prekinete sva ugovorena dopunska osiguranja. Posljednju premiju u iznosu _____ kn platio(la) sam dana _____.
IZJAVA: Upoznat(a) sam i suglasan(a) da će umanjenu osiguranu svotu osiguratelj isplaćivati nakon nastupa osiguranog slučaja, a umanjenu rentu će početi isplaćivati od dana koji je naveden na polici.

_____ _____

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva Potpis / Pečat ugovaratelja osiguranja