TRIGLAV OSIGURANJE D.D.
A. HEINZA 4
10000 ZAGREB

IZJAVA O DOBROVOLJNOJ OBUSTAVI OD PLAĆE ZA OSIGURANJE

UGOVARATELJ OSIGURANJA

Ime i prezime:			
Adresa prebivališta:			
Kontakt telefon:		OIB:	

Izjava i podaci o poslodavcu

Dobrovoljno pristajem da se od moje plaće, odnosno u slučaju bolesti od naknade koju primam od:

Naziv poslodavca:	
Adresa:	
OIB:	

obustavlja premija osiguranja po ponudi/ugovoru br. počevši od

Premiju osiguranja želim plaćati: ☐ godišnje ☐ polugodišnje ☐ tromjesečno ☐ mjesečno

U slučaju nemogućnosti plaćanja preko poslodavca obvezujem se da ću dospjele premije plaćati putem FINE, pošte ili banke.

Informacije
O iznosu premije osiguranja koja treba biti obustavljena i doznačena u korist Triglav osiguranja d.d. kao i o podacima za plaćanje, Triglav osiguranje d.d. će pisanim putem obavijestiti poslodavca na adresu navedenu na ovom zahtjevu. Osiguranici koji imaju ugovoreno plaćanje putem dobrovoljne obustave od plaće (administrativne zabrane) ne primaju uplatnice. U slučaju promjene dinamike plaćanja Triglav osiguranje d.d. će izvršiti korekciju premije.

IBAN Triglav osiguranja za:
životno osiguranje ☐ HR6023600001101444087
investicijsko životno osiguranje ☐ HR2323600001300057006

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka" te da mi je informacija o obradi podataka također dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr.

U dana,

Potpis ugovaratelja

Ovjera poslodavca (pečat i potpis)