

Datum prispetja

Št. police

Št. ponudbe

Agencija

## Sprememba police življenjskega zavarovanja

V skladu s pogoji zavarovalnice.

Prosimo, izpolnite s tiskanimi črkami.

 Ustrezno **prekrižajte!**

Zavarovalec

hkrati zavarovanec

 DA NE Moški Ženska

Davčna št.		Priimek - ime - naziv		Tel. št.	
Poštna št.	Rojstni podatki dan mesec leto	Delovno mesto Vrsta dejavnosti (navedite aktualno zaposlitev oz. dejavnost, ne glede na poklic)		E-pošta	
Kraj - ulica Hišna št.-vhod-nadstr.-št. stanov.					Občina

S podpisom tega obrazca pooblašчам GRAWE zavarovalnico d.d. za izvedbo sprememb iz obstoječega stanja v novo stanje.

Spremembe naj začnejo veljati dne

01

1. Sprememba:  zavarovalca  zavarovanca (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)  naslova zavarovalca  naslova zavarovanca Moški Ženska

Davčna št.		Priimek - ime - naziv		Tel. št.	
Poštna št.	Rojstni podatki dan mesec leto	Delovno mesto Vrsta dejavnosti (navedite aktualno zaposlitev oz. dejavnost, ne glede na poklic)		E-pošta	
Kraj - ulica Hišna št.-vhod-nadstr.-št. stanov.					Občina

2. Ostale spremembe (novo stanje): **Obvezno označite zaporedno številko pred spremembo, ki jo želite opraviti in samo spremembo.)**

1.	<input type="checkbox"/> Fiksni 2%	<input type="checkbox"/> Indeks življenjskih stroškov	<input type="checkbox"/> brez
2.	<input type="checkbox"/> Zvišanje (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> Znižanje premije življenjskega zavarovanja na: _____ EUR	
3.	Zavarovalna vsota za primer smrti (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	_____ EUR	
4.	Nova razdelitev premije v sklade:	Ap. Kon. _____ % Ap. Urav. _____ % Ap. Din. _____ % Ap. Em. Eur. _____ % Ap. New W. _____ % Ap. Nach. Glob. Bond, _____ % Valif _____ %	
5.	Prenos kritne rezervacije iz sklada (ustrezno označite)	<input type="checkbox"/> Ap. Kon., <input type="checkbox"/> Ap. Din., <input type="checkbox"/> Ap. Urav., <input type="checkbox"/> Ap. Em. Eur., <input type="checkbox"/> Ap. New W., <input type="checkbox"/> Ap. Nach. Glob. Bond, <input type="checkbox"/> Valif	
6.	Način plačila:	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12	
7.	Dodatno zavarovanje nezgodne smrti UTZ: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> 5.000,- EUR <input type="checkbox"/> 10.000,- EUR <input type="checkbox"/> 15.000,- EUR <input type="checkbox"/> 20.000,- EUR	Letna premija:
8.	Dodatno zavarovanje nezgodne smrti v prometni nesreči VTZ: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> 5.000,- EUR <input type="checkbox"/> 10.000,- EUR <input type="checkbox"/> 15.000,- EUR <input type="checkbox"/> 20.000,- EUR	Letna premija:
9.	Dodatno zavarovanje trajne invalidnosti UI50P: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> UKINITEV	Letna premija:
10.	Dodatno nezgodno zavarovanje: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> UI1 zav. vsota 75.000,- EUR <input type="checkbox"/> UI3 zav. vsota 20.000,- EUR Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 10,- EUR	Letna premija:
		<input type="checkbox"/> UI2 zav. vsota 150.000,- EUR <input type="checkbox"/> UI4 zav. vsota 40.000,- EUR Nadomest. dnev. zdrav. v bolnici 20,- EUR	Letna premija:
	<input type="checkbox"/> UKINITEV	Družinsko nezgodno zavarovanje: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	Letna premija:
	<input type="checkbox"/> Dnevno nadomestilo: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	UI _____ v višini _____ EUR <input type="checkbox"/> UKINITEV	Letna premija:
11.	Dodatno zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni RDN1Z: (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> Zavarovalna vsota _____ EUR za primer nastopa težke bolezni. <input type="checkbox"/> UKINITEV	Letna premija:
12.	Dodatno zavarovanje za primer smrti RAN1Z (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> Zavarovalna vsota _____ EUR za primer smrti. <input type="checkbox"/> UKINITEV	Letna premija:
13.	Dodatno zavarovanje za primer delovne nezmožnosti AUZ (Priložite izpolnjeno izjavo o zdravstvenem stanju)	<input type="checkbox"/> Skupna bruto premija _____ EUR <input type="checkbox"/> UKINITEV	Letna premija:
14.	Upravičenci v primeru:	Priimek in ime	Datum rojstva
	<input type="checkbox"/> smrti		
	<input type="checkbox"/> doživetja		
	<input type="checkbox"/> smrti		
	<input type="checkbox"/> doživetja		

15.  Prekinitev zavarovalne pogodbe16.  Sprememba v zavarovanje brez plačila premije17.  Zahteva za izstavitev dvojnika18.  Odkup19.  Delni odkup \_\_\_\_\_20.  Izplačilo predujma21.  Obnovev police22.  Vinkulacija23.  Razno \_\_\_\_\_

Kraj in datum

Žig in podpis zastopnika

Podpis zavarovalca

Podpis zavarovanca, polnoletne osebe  
(v kolikor sta zavarovanec in zavarovalec različni osebi)