

Zahtjev za obnovu polise osiguranja života

I. Podaci o podnosiocu zahtjeva (ugovaraču osiguranja)

Ime i prezime: _____	JMBG: _____
Adresa: _____	Telefon: _____ e-mail: _____

II. Podaci o pravnom licu (ukoliko je pravno lice ugovarač osiguranja)

Naziv pravnog lica: _____	Adresa: _____
Sjedište: _____	Matični broj: _____
Poreski broj: _____	

III. Broj polise osiguranja života koja se reaktivira

Broj polise	<input type="text"/>
Datum reaktivacije	<input type="text"/>

IV. Izjava osiguranika

Izjavljujem, pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću, da je moje zdravstveno stanje, od prestanka plaćanja premije, do momenta podnošenja zahtjeva za obnovu

a) Ostalo nepromijenjeno

b) _____
(navesti promjene u zdravstvenom stanju)

U: _____ Dana: _____ god. _____
Potpis osiguranika

V. Izjava saosiguranika

Izjavljujem, pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću, da je moje zdravstveno stanje, od prestanka plaćanja premije, do momenta podnošenja zahtjeva za obnovu

a) Ostalo nepromijenjeno

b) _____
(navesti promjene u zdravstvenom stanju)

U: _____ Dana: _____ god. _____
Potpis saosiguranika

VI. Izjava ugovarača osiguranja

Izjavljujem da sam u prilogu predmetnog zahtjeva dostavio dokaz o izvršenoj uplati svih neizmirenih obaveza za obnovu polise osiguranja života, do datuma reaktivacije, u skladu sa Uslovima osiguranja. Dostavljena dokumentacija služi isključivo za ostvarivanje prava kod "Lovćen-životnih osiguranja" i u druge svrhe se ne može koristiti.

U: _____ Dana: _____ god. _____
(M.P) Potpis ugovarača / podnosioca zahtjeva