



Groupama
Osiguranje

ZAHTJEV ZA PROMJENOM UGOVORA O ŽIVOTNOM OSIGURANJU

*označiti odgovarajući dokument

Broj police /	Broj pristupnice*	
Ime i prezime/ Naziv ugovaratelja		
OIB ugovaratelja		
Ime i prezime osiguranika		
OIB osiguranika		
Adresa		
E-mail		
Broj mobitela		

VRSTA PROMJENE (zaokružiti/prekrižiti redni broj):

1. PROMJENA KORISNIKA OSIGURANJA

Trenutni korisnik

Novi korisnik

2. PROMJENA DINAMIKE PLAĆANJA

Trenutna dinamika

Nova dinamika

3. VINKULACIJA POLICE

Potpisom zahtjeva dajem suglasnost Groupama osiguranju d.d. da gore navedenu policu životnog osiguranja vinkulira u korist niže navedene Banke do visine neotplaćenog dijela kredita, pripadajućih kamata i troškova iz ovdje navedenog ugovora o kreditu.

Naziv banke

Broj kredita

Adresa banke za
dostavu police

Potpisom zahtjeva dajem suglasnost Groupama osiguranju d.d. da policu osiguranja dostavi Banci u čiju korist se vinkulira polica osiguranja.

4. DEVINKULACIJA POLICE

Naziv banke

Broj kredita

Adresa za dostavu
devinkulirane police

5. KAPITALIZACIJA POLICE

Obrazloženje zahtjeva

6. REAKTIVACIJA POLICE

Obrazloženje zahtjeva

7. IZDAVANJE DUPLIKATA POLICE

Obrazloženje zahtjeva

8. OSTALO

OVJERA ZAHTEJEVA:Ime i prezime,
potpis Posrednika

E-mail adresa Posrednika

Ime i prezime/ Naziv
Ugovaratelja

Potpis Ugovaratelja*

***U slučaju kada je banka ugovaratelj, u ime ugovaratelja potpisuje se Posrednik**

Mjesto i datum:

Potpis Osiguranika:

PRILOZI ZAHTEJEU (prekrižiti):☐ Preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta☐ Potvrda o uplatama premije☐ Original police ili pristupnice (Ako podnositelj zahtjeva nema original dokument, mora potpisati pripadajuću izjavu u nastavku.) Izjava o
zdravstvenom stanju/zdravstveni upitnik☐ Ostalo:**IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA O NEPOSJEDOVANJU POLICE OSIGURANJA ŽIVOTA**

Ovim putem izjavljujem da nemam u posjedu original police koju želim raskinuti.

Mjesto i datum:

Potpis Ugovaratelja:

IZJAVA OSIGURANIKA O NEPOSJEDOVANJU PRISTUPNICE GRUPNOM UGOVORU O OSIGURANJU ŽIVOTA

Ovim putem izjavljujem da nemam u posjedu original pristupnice grupnom ugovoru o osiguranju života te je ne mogu priložiti zahtjevu za raskid pokrića.

Mjesto i datum:

Potpis Osiguranika:

Groupama osiguranje d.d.

Ulica grada Vukovara 284, 10000 Zagreb, Hrvatska Tel.: 0800 2446 Web: www.groupama.hr, e-mail: info@groupama.hr OIB: 98164456048 / MBS: 080690419, Trgovački sud u Zagrebu / Račun kod OTP banke d.d., Split / IBAN: HR2024070001100009569 Temeljni kapital: 5.317.000,00 eura uplaćen u cijelosti. Izdano 409.000 redovnih dionica, svaka u nominalnom iznosu od 13,00 eura. Predsjednik Uprave: Sanel Volarić / Član Uprave: Monika Brzović / Predsjednik Nadzornog odbora: Alexandre Pierre Jeanjean