

Izjava o dobrovoljnoj obustavi premije za životno osiguranje od plaće djelatnika

Polica broj	Datum isteka osiguranja	Ugovorena dinamika plaćanja (zaokružiti)			
		mjesečno	tromjesečno	polugodišnje	godišnje

Ugovaratelj osiguranja

Ime i prezime	OIB			
Adresa prebivališta / boravišta / sjedišta		Mjesto i država		Poštanski broj
Ulica i kućni broj				
Telefon	GSM	e-mail		

Tvrtka zaposlenja

Naziv poslovnog subjekta (iz Rješenja o upisu ili odgovarajućeg akta)		OIB	
Ulica i kućni broj		Mjesto i država	Poštanski broj
Telefon / Telefaks	e-mail	Osoba za kontakt	

Obvezujemo se da ćemo na osnovu navedene police, a na zahtjev našeg zaposlenika (ugovaratelja osiguranja po navedenoj polici) istodobno s isplatom plaće našem zaposleniku, a sukladno ugovorenoj dinamici plaćanja po navedenoj polici,

počevši od dana [] obustavljati i dostavljati Erste osiguranju Vienna Insurance Group d.d.

OIB 82891092011, Slovenska 24,10000 Zagreb:

A) popuniti ukoliko je ugovorena premija osiguranja po navedenoj polici u EUR

iznos [] EUR na račun IBAN HR322402006130000339 u kunsjoj protivrijednosti prema srednjem tečaju HNB na dan plaćanja s pozivom na broj – (broj police) do isteka trajanja osiguranja ili do opoziva ove Izjave.

B) popuniti ukoliko je ugovorena premija osiguranja po navedenoj polici u HRK

iznos [] HRK na račun IBAN HR5924020061300009262 s pozivom na broj – (broj police) do isteka trajanja osiguranja ili do opoziva ove Izjave.

Izvršavanje obustave premije za životno osiguranje nećemo opozvati dok ugovaratelj osiguranja u potpunosti ne izmiri svoje dugovanje prema Erste osiguranju Vienna Insurance Group d.d., osim u slučaju kada više nije kod nas u radnom odnosu i kada se ova obustava ukida.

U slučaju prestanka radnog odnosa ugovaratelja osiguranja u roku 8 dana od nastale promjene obavijestit ćemo Erste osiguranje Vienna Insurance Group d.d. o nastaloj promjeni.

U slučaju nepridržavanja preuzetih obveza po ovoj Izjavi o dobrovoljnoj obustavi od plaće djelatnika snosimo odgovornost za nastalu štetu Erste osiguranju Vienna Insurance Group d.d.

Ja, ugovaratelj osiguranja izjavljujem da sam suglasan da se obustavlja dio moje plaće u skladu s navedenim u ovoj izjavi.

Svi podaci koji se prikupljaju temeljem ove Police (o ugovaratelju osiguranja, osiguraniku i korisniku osiguranja) obavezni su za sklapanje i ispunjenje ugovora, a određeni podaci prikupljaju se i u svrhu ispunjenja zakonskih obveza osiguratelja prema poreznoj upravi i drugim nadležnim tijelima.

Sve osobe čiji osobni podaci se prikupljaju imaju pravo na pristup podacima i pravo na ispravak podataka sukladno propisima kojima se regulira zaštita osobnih podataka.

Mjesto i datum	Pečat i potpis odgovorne osobe tvrtke zaposlenja
Potpis ugovaratelja osiguranja	