

## 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	Datum rođenja
---------------	-----	---------------

Ulica i kućni broj	Mjesto	Pošanski broj	E-mail adresa
--------------------	--------	---------------	---------------

## Tvrtka zaposlenja

Naziv tvrtke	OIB
--------------	-----

Ulica i kućni broj	Mjesto	Pošanski broj	E-mail adresa
--------------------	--------	---------------	---------------

Telefon	Telefaks	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 kunskoj protuvrijednosti 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.

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