

**IZJAVA O PRENOSU PRAVA I OBAVEZA****BROJ POLISE:** \_\_\_\_\_**UGOVARAČ OSIGURANJA:** \_\_\_\_\_

Ja, gore navedeni ugovarač osiguranja po gore navedenoj polisi, prenosim prava i obaveze u korist \_\_\_\_\_.

(navesti ime i prezime/naziv pravnog lica)

\_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_  
(mjesto i datum) (potpis ugovarača osiguranja)

**IZJAVA O PRIHVATANJU PRAVA I OBAVEZA****IME I PREZIME/ NAZIV  
PRAVNOG LICA:** \_\_\_\_\_**ADRESA:** \_\_\_\_\_**LIČNI BROJ:** \_\_\_\_\_

Prihvatam prava i obaveze po gore navedenoj polisi.

Određujem nove korisnike osiguranja (ime, prezime i datum rođenja):

1) Za slučaj doživljenja osiguranika (Ako nije naveden, korisnik osiguranja je ugovarač osiguranja):

\_\_\_\_\_

2) Za slučaj teške bolesti osiguranika – Tarife GRAWE Elite i GRAWE Elite 20 Plus (Ako nije naveden, korisnik osiguranja je ugovarač osiguranja):

\_\_\_\_\_

3) Za slučaj smrti osiguranika (Ako niko nije naveden, korisnici osiguranja su zakonski nasljednici):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_  
(mjesto i datum) (potpis ugovarača osiguranja)