

## Zahtjev za izmjenu podataka

<input type="text"/>	<input type="text"/>	SPOL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MBG*	OIB	

\* Potpisom ovog zahtjeva, podnositelj izjavljuje da je ALLIANZ-u ZB d.o.o. društvu za upravljanje obveznim mirovinskim fondovima, dozvolio korištenje gore navedenog OIB-a te da ga ALLIANZ ZB d.o.o., može koristiti za potrebe svojeg poslovanja.

### 1. PROMJENA OSOBNIH PODATAKA

(molimo Vas unesite nove podatke)

IME I PREZIME

ADRESA STANOVANJA

POŠTANSKI BROJ I MJESTO

TELEFON

TELEFAX

MOBILNI TELEFON

E-MAIL ADRESA

### 2. PROMJENA NAČINA IZVJEŠĆIVANJA

(označite kvadratić ispred željenog načina izvješćivanja te navedite Vaše podatke)

E-MAIL

SMS

ne želim primati izvješće

E-MAIL ADRESA

BROJ MOBILNOG TELEFONA

KONTAKT ADRESA

### 3. IZDAVANJE NOVOG KORISNIČKOG BROJA I/ILI PIN-A

(označite kvadratić ispred željene opcije)

Izdavanje novog PIN-a

Izdavanje novog KORISNIČKOG BROJA i PIN-a   
(nova kartica)

**Molimo Vas da kao dodatak ovom zahtjevu obavezno priložite presliku (kopiju) Vaše osobne iskaznice.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MJESTO	DATUM	POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA

Zahtjev možete dostaviti poštom (jedan primjerak) na AZ d.o.o., p.p. 5, 10002 Zagreb, telefaksom na broj **01/4699-601** ili e-mailom na **mojfond-omd@azfond.hr**. Za sve informacije možete se obratiti na broj telefona **0800 0099**.