

ZAHTJEV ZA IZMJENE NA POLISI

Molimo Vas da zahtjev popunite štampanim slovima!

Odgovarajuće precrtajte

Broj polise:	Broj ponude:
--------------	--------------

Agencija:

UGOVARAČ OSIGURANJA Ime, prezime ili naziv firme

--

Molim za sljedeće promjene od

01. . 20

- Promjena prezimena Promjena naziva firme

Novo prezime	Novi naziv firme
--------------	------------------

- Promjena adrese stanovanja ili sjedišta firme. Nova adresa glasi:

Poštanski broj	Mjesto, ulica, broj, sprat	Broj telefona	E-mail
----------------	----------------------------	---------------	--------

- Promjena korisnika osiguranja ostaju stari korisnici i dodaje se novi brišu se stari korisnici i određuje se novi

Za slučaj doživljenja (Ime, prezime i datum rođenja)	Za slučaj smrti (Ime, prezime i datum rođenja)
--	--

- Promjena načina plaćanja na 1/1 godišnje 1/2 polugodišnje 1/4 kvartalno 1/12 mjesečno

- Povećanje premije osiguranja života na

EUR

- Smanjenje premije osiguranja života na

(Kod povećanja premije obavezno popuniti Izjavu o zdravstvenom stanju!)

UI 1 UI 2 UI 3 UI 4 UI 5 UI 6

- Promjena dodatnog osiguranja za sl.nezgode na

ukidanje nezgode

- Promjena indeksacije

uvođenje ukidanje

- Kapitalizacija

(po isteku 1/10 trajanja osiguranja !)

- Otkup (priložiti polisul!)

(po isteku 3. godine trajanja osiguranja!)

- Reaktiviranje

sa premijom od

EUR

sa osiguranom sumom od

EUR

(Kod reaktiviranja polise obavezno popuniti Izjavu o zdravstvenom stanju!)

- Štampanje polise sa izmjenama

Troškovi

EUR 6.-

- Ne želim štampanje polise sa izmjenama

Troškovi

EUR 6.-

!

NAPOMENA

(Kod svih promjena po jednom podnesenom zahtjevu se zaračunavaju troškovi od 6 EUR, osim kod povećanja premije osiguranja života i promjene naziva ulice.)

Mjesto i datum

M.P.

Potpis ugovarača

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Molimo Vas da na svako postavljeno pitanje odgovorite u potpunosti.

1. Da li ste od potpisivanja ponude za osiguranje do danas

a) bolovali ili sad bolujete od neke bolesti, doživjeli povredu ?

da ne

Ako da: Koja bolest ili povreda? Kada?

.....
.....

b) bili na operaciji, rehabilitaciji, banjskom liječenju?

da ne

Ako da: Koja? Kada? Gdje?

.....
.....

2. Da li redovno konzumirate alkohol, nikotin, drogu ili medikamente:

da ne

Ako da: Šta? Koliko?

.....
.....

3. Da li ste na poslu, prilikom bavljenja sportom ili u slobodno vrijeme izloženi posebnim opasnostima?

da ne

Ako da: Kojim?

.....
.....

4. Da li ste kod nekog drugog društva bili odbijeni da zaključite ugovor o osiguranju života?

da ne

Ako da: Koje (razlog odbijanja i visina osigurane sume)?

.....
.....

5. Molimo Vas da navedete svoju visinu u težinu:

Visina cm Težina kg

6. Ime, prezime i tačna adresa ljekara ili ustanove kod koje ste bili na liječenju ili se sad liječite na osnovu gore postavljenih pitanja na koje ste odgovorili sa „da“:

.....
.....

Potvrđujem svojim potpisom da sam u potpunosti i istinito odgovorio na postavljena pitanja. Svjestan sam da ako sam nepotpuno ili lažno odgovorio na pitanja, GRAWE osiguranje nema obavezu da isplati naknadu po eventualnom osiguranom slučaju.

.....
.....

Mjesto i datum

Potpis osiguranika