

ЗАХТЈЕВ ЗА ИЗМЈЕНЕ НА ПОЛИСИ

Молимо Вас да захтјев попуните штампаним словима!

Одговарајуће прецртајте

Број полисе:

Број понуде:

Агенција:

УГОВАРАЧ ОСИГУРАЊА Име, презиме или назив фирме

Молим за слиједеће промјене од

01. . 20 Промјена презимена Промјена назива фирме

Ново презиме

Нови назив фирме

 Промјена адресе становања или сједишта фирме. Нова адреса гласи:

Поштански број

Мјесто, улица, број, спрат

Број телефона

E-mail

 Промјена корисника осигурања остају стари корисници и додаје се нови бришу се стари корисници и одређује се нови

За случај доживљења (Име, презиме и датум рођења)

За случај смрти (Име, презиме и датум рођења)

 Промјена начина плаћања на 1/1 годишње 1/2 полугодишње 1/4 квартално 1/12 мјесечно Повећање премије осигурања живота на Смањење премије осигурања живота на**EUR***(Код повећања премије обавезно попунити Изјаву о здравственом стању!)* UI 1 UI 2 UI 3 UI 4 UI 5 UI 6 Промјена додатног осигурања за сл.незгоде на K 1 K 2 N 1 укидање незгоде Промјена индексације увођење укидање Капитализација**(по истеку 1/10 трајања осигурања !)** Реактивирање са премијом од**EUR** са осигураном сумом од**EUR***(Код реактивирања полисе обавезно попунити Изјаву о здравственом стању!)* Штампане полисе са измјенама**Трошкови****EUR 6.-** Не желим штампане полисе са измјенама**Трошкови****EUR 6.-****! НАПОМЕНА***(Код свих промјена по једном поднесеном захтјеву се зарачунавају трошкови од 6 EUR, осим код повећања премије осигурања живота и промјене назива улице.)*

Мјесто и датум

М.П.

Потпис уговарача

ИЗЈАВА О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ

Молимо Вас да на свако постављено питање одговорите у потпуности.

1. Да ли сте од потписивања понуде за осигурање до данас

а) боловали или сад болујете од неке болести, доживјели повреду ?

да не

Ако да: Која болест или повреда?Када?

б) били на операцији, рехабилитацији, бањском лијечењу?

да не

Ако да: Која? Када? Гдје?

2. Да ли редовно конзумирате алкохол, никотин, дрогу или медикаменте:

да не

Ако да: Шта? Колико?

3. Да ли сте на послу, приликом бављења спортом или у слободно вријеме изложени посебним опасностима?

да не

Ако да: Којим?

4. Да ли сте код неког другог друштва били одбијени да закључите уговор о осигурању живота.?

да не

Ако да: Које (разлог одбијања и висина осигуране суме)?

5. Молимо Вас да наведете своју висину и тежину:

Висинацм

Тежина кг

6. Име, презиме и тачна адреса љекара или установе код које сте били на лијечењу или се сад лијечите на основу горе постављених питања на које сте одговорили са „да“:

Потврђујем својим потписом да сам у потпуности и истинито одговорио на постављена питања. Свјестан сам да ако сам непотпуно или лажно одговорио на питања, GRAWE осигурање нема обавезу да исплати накнаду по евентуалном осигураном случају.