

Šifra zastupnika /posrednika

Zahtjev

za ugovaranje dopunskog osiguranja lica od nastupanja teže bolesti
uz osiguranje života

Molim Vas da mi se po polisi broj
nastupanja teže bolesti uz osiguranje života.

odobri ugovaranje dopunskog osiguranja lica od

Ugovarač osiguranja

JMBG

Osiguranik

JMBG

Početak dopunskog osiguranja lica od nastupanja teže bolesti uz osiguranje života 01.

Dopunsko osiguranja lica od nastupanja teže bolesti uz osiguranje života

Pol	M	Ž
Pristupna starost		
Trajanje		
Osigurana suma*		€
Godišnja premija		€
Način plaćanja	Mjesečno Kvartalno	Polugodišnje Godišnje
Rata premije		€

*Osigurana suma se ugovara do ugovorene osigurane sume za osiguranje života, a maksimalno do iznosa koji osiguravač može utvrditi svojim internim aktom.

1. Uz zahtjev je neophodno priložiti original polisu osiguranja i fotokopiju lične karte.

2. Zahtjev će biti uzet u razmatranje samo pod uslovom da je primljen u Wiener Städtische životno osiguranje a.d. Podgorica do dana početka nove godine trajanja osiguranja života.

Pitanja za osiguranika

1. **Da li ste do sada imali zdravstvene smetnje, kada i koliko dugo (npr. Maligni ili drugi tumori, srce, krvotok, organi za varenje, disanje, kosti, neurološke bolesti, psihijatrijske bolesti, jetra, bubrezi, mokraćni putevi, žiljezde, dijabetes, autoimune bolesti, polni organi, organi čula vida i sluha, akutne ili hronične zarazne bolesti i dr.)?**

Da Ne

Navedite bolesti

2. **Da li ste do sada bili u bolnici, klinici ili nekom drugom mjestu radi liječenja, ispitivanja, bolesti ili nesrećnog slučaja?**

Da Ne

Navešti razlog

3. **Da li redovno konzumirate:**

Cigarete	Da	_____ dnevna količina _____	Ne
Alkohol	Da	_____ koju količinu i koliko često _____	Ne
Drogu	Da	_____ dnevna količina _____	Ne

4. **Da li ste HIV pozitivni**

Da Ne

5. **Da li ste liječeni hemoterapijom, radioterapijom ili imunoterapijom?**

Da Ne

6. **Da li uzimate redovno lijekove? Ukoliko uzimate navedite koje i dnevnu količinu.**

Da Ne

Navedite naziv lijeka i dnevnu količinu

7. **Da li ste do sada imali vrijednost krvnog pritiska van granica normale?**

Da Ne

Ukoliko jeste navedite maksimalnu vrijednost. mm Hg

8. **Vaša visina i težina:**

visina	cm	težina	kg
---------------	-----------	---------------	-----------

9. **Da li ste u ovom trenutku potpuno zdravi?**

Da Ne

Posebna izjava osiguranika

Potvrđujem:

- da sam saglasan sa svim elementima zahtjeva,
- da su svi podaci i odgovori na postavljena pitanja tačni,
- da sam upoznat sa posljedicama koje mogu nastati u slučaju da nijesam dao potpune ili istinite odgovore,
- da sam upoznat sa Uslovima pod kojim se zaključuje ovo osiguranje

Ovlašćujem:

- predstavnike Wiener Städtische životno osiguranje a.d. Podgorica da se mogu obratiti zdravstvenim ustanovama radi dobijanja informacija i dokumentacije o mom zdravstvenom stanju
- zdravstvene ustanove da bez moje dodatne saglasnosti predstavnicima Wiener Städtische osiguranje a.d. Podgorica mogu dati traženu dokumentaciju, podatke i informacije

Mjesto, datum

Potpis ovlašćenog lica

Potpis ugovarača osiguranja

Potpis osiguranika