

Wiener Stadtische životno osiguranje a.d.Podgorica
Rimski Trg 47,81000 Podgorica
Telefon: 020/205-150

ZAHTJEV ZA UGOVARANJE DOPUNSKOG OSIGURANJA LICA ZA SLUČAJ SMRTI OD POSLJEDICA
NESREĆNOG SLUČAJA (U/0)

Molim Vas da mi se po polisi broj _____ odobri ugovaranje dopunskog osiguranja
lica za slučaj smrti od posljedica nesrećnog slučaja uz osiguranje života.

Ugovarač osiguranja _____ JMBG

Osiguranik _____ JMBG

Početak dopunskog osiguranja lica za slučaj smrti od posljedica nesrećnog slučaja (U/0) uz osiguranje života je 01.

Dopunsko osiguranje lica za slučaj smrti od posljedica nesrećnog slučaja:

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

*Osigurana suma po osnovu U/0 ugovara se u visini ugovorene sume za osiguranje života

**Godišnja premija dobija se množenjem osigurane sume sa 0,0015

SPISAK POTREBNE DOKUMENTACIJE:

1. Original polisa osiguranja života
2. Fotokopija lične karte ugovarača
3. 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 životnog osiguranja

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

Navedi razlog

3. Da li se bavite sportom, uključujući i opasne sportove (ronjenje, padobranstvo, alpinizam, motokros i drugi ekstremni sportovi)?

Da Ne

4. Da li redovno konzumirate:

Cigarete Da dnevna količina Ne

Alkohol Da koju količinu i koliko često Ne

Drogu Da dnevna količina Ne

5. Da li ste HIV pozitivni?

Da Ne

6. Da li ste liječeni hemoterapijom, radioterapijom ili imunoterapijom?

Da Ne

7. Da li uzimate redovno lijekove. Ukoliko uzimate, navedite koje i dnevnu količinu?

Da Ne

Navedite naziv lijeka i dnevna količina:

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

Da Ne

Ukoliko jeste, navedite maksimalnu vrijednost mm Hg

9. Vaša visina i težina:

Visina cm Težina kg

10. 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 pisana pitanja tačni
- Da sam upoznat sa posljedicama koje mogu nastati u slučaju da nisam dao potpune illi istinite odgovore
- Da sam upoznat sa Uslovima pod kojima zaključujem ovo osiguranje

Ovlašćujem:

- Predstavnike Wiener Stadtische 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 Stadtische životno osiguranje a.d.Podgorica mogu dati traženu dokumentaciju, podatke i informacije

mjesto i datum

potpis ovlašćenog lica

potpis ugovarača

potpis osiguranika