

PRIJAVA IZMJENE PODATAKA NA POLICI

PIP A - Administrativne promjene



Br. ugovora: _____

Molimo da itko popunite samo sekciju koja se odnosi na vaš zahtjev. Na jednom obrascu popunite samo jednu sekciju, u protivnom e se svi zahtjevi smatrati nevaže im

Promjena ugovara a ili podataka o trenutnom ugovara u

Ime i prezime / Naziv pravnog lica		JMBG / JIB Preduze a	Pol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Broj pošte	Mjesto	Ulica i ku ni broj	Kontakt telefon
Zanimanje koje obavlja / djelatnost		Zaposlen-a kod	E-mail

Mjesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis novog ugovara a

Potpis trenutnog ugovara a

Napomene: Novi ugovara je dužan uz ovaj obrazac priložiti i popunjen obrazac Administrativne zabrane ili Trajnog naloga za debit transfer ukoliko je takav na in pla anja ve ugovoren. U protivnom e na in pla anja biti pretvoren u pla anje uplatnicom.

Promjena podataka o trenutnom osiguraniku

Ime i prezime		JMBG / JIB Preduze a	Pol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Broj pošte	Mjesto	Ulica i ku ni broj	Kontakt telefon
Zanimanje koje obavlja / djelatnost		Zaposlen-a kod	E-mail

Mjesto, Datum

Potpis trenutnog ili novog osiguranika

Potpis Potpis ugovara a

Napomene: Ova sekcija se popunjava samo u slu aju promjene li nih podataka TRENUTNOG osiguranika.

Promjena korisnika osiguranja ili podataka o trenutnim korisnicima osiguranja

Korisnik u slu aju doživljenja (ime, prezime i datum ro enja): _____

Korisnik u slu aju smrti (ime, prezime i datum ro enja): _____

Korisnik u slu aju teške bolesti (ime, prezime i datum ro enja): _____

Mjesto, Datum

Potpis ugovara a

Napomene: Navedeni korisnici osiguranja e u potpunosti zamjeniti one trenutno navedene na polici, stoga molimo da navedete kompletnu listu korisnika osiguranja, uklju uju i one koje želite da zadržite.

Promjena na in pla anja

Novi na in pla anja e biti:

Broj premijskih rata 1/1 1/2 1/4 1/12

Na in pla anja Uplatnica Virman Trajni nalog za debit transfer* Administrativna zabrana*

*) U slu aju prelaska na pla anje Administrativnom zabranom ili Trajnim nalogom za debit transfer, ugovara je dužan dostaviti popunjene odgovaraju e obrasce. U protivnom ovaj zahtjev e se smatrati nevaže im.

Mjesto, Datum

Potpis ugovara a

Napomene: Ugovara je saglasan da osiguravatelj izvrši prera un premije uz zadržavanje postoje e osigurane sume i trajanja osiguranja, prema uvjetima osiguranja.

Sekcija 1

Sekcija 2

Sekcija 3

Sekcija 4

PIP-a-01/06

Za obnovu je potrebno uplatiti cjelokupan dug osiguranja za period koji ukljuuje i kalendarski mjesec koji slijedi nakon mjeseca u kojem je zahtjev za obnovu podnesen.

Pitanja za osiguranika kod obnove storniranog ugovora

<p>1. Jeste li osigurani u nekoj drugoj osiguravajućoj kući? Osiguravajuće društvo: _____ Je li vam kod neke druge osiguravajuće kuće zahtjev za životno osiguranje odbijen?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>10. Jeste li bolovali od oboljenja: disajnih organa, srca, krvotoka, krvnih žila, organa za varenje, živčanog sistema, duševnih smetnji, kostiju, zglobova, mišića i tetiva, polnih organa, krvi, žiljezda, metabolizma, ušiju ili nekih drugih navedenih bolesti? (Ukoliko DA, priložite otpusna pisma, istorije bolesti, nalaze specijalisti kih pregleda i izvršenih pretraga)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>2. Jeste li u slobodno vrijeme ili u vašoj profesionalnoj djelatnosti izloženi posebnim opasnostima (npr. Učešće u auto-moto trkama, ronjenje, boks, planinarenje, let, let zmajem, padobranstvo ili ostale vrste sportova, rad sa eksplozivima ili radioaktivnim supstancama itd.)? Navedite ta no: _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>11. Jeste li koristili, odnosno, da li redovno koristite lijekove ili narkotike? Ako DA, navedite koje: _____ Jeste li ovisni o njima?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>3. Jeste li potpuno zdravi? (ukoliko NE, obavezno priložite medicinsku dokumentaciju)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>12. Jeste li liječeni u bolnici od gore navedenih bolesti, posljedica nezgode, te jeste li operisani? Imate li predviđene boravke u bolnici? (ukoliko DA, molimo vas da priložite dokumentaciju)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>4. a) Visina i težina: _____ cm _____ kg b) Dnevna količina alkoholnih pića i duhana: _____ alk. _____ duh.</p>	<p>13. Za Žene: Jeste li trudni? Ako DA, je li trudnoća uredna?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>5. Imate li oboje bolesti? (Dioptrija nije bolest) (Ukoliko DA, obavezno priložite medicinsku dokumentaciju)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>14. Naziv zdravstvene ustanove i ime doktora primarne zdravstvene zaštite: Ovlašćenjem Merkur BH osiguranje da ima pravo uvida u moj zdravstveni karton i ostalu medicinsku dokumentaciju.</p>
<p>6. Imate li dioptriju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne L: _____ D: _____</p>	
<p>7. Jeste li imali nezgode ili trovanja?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	
<p>8. Imate li uroenu manu, tjelesno oštećenje ili vam je ustanovljena smanjena radna sposobnost? (Ukoliko DA, obavezno priložite dokumentaciju)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	
<p>9. Jeste li obavili HIV test? Ukoliko DA koji je rezultat?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg</p>	

Sekcija 5

Mjesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača

