

## Zahtev za promene na polisi

Molimo Vas da zahtev popunite štampanim slovima.

Odgovarajuće precrtajte 

Broj polise	Broj ponude	Agencija / Zastupnik
-------------	-------------	----------------------

<b>Ugovarač osiguranja</b>	Ime i prezime / Naziv preduzeća
----------------------------	---------------------------------

Molim za sledeće promene od:

<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	god.
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	------

<input type="checkbox"/> Promena prezimena	<input type="checkbox"/> Ugovarača osiguranja	<input type="checkbox"/> Osiguranika	<input type="checkbox"/> Korisnika osiguranja
Novo prezime			

<input type="checkbox"/> Promena naziva preduzeća
Novi naziv preduzeća

<input type="checkbox"/> Promena adrese stanovanja ili sedišta preduzeća. Molimo Vas da unesete novu adresu.		
Broj pošte	Mesto, ulica, broj i sprat	Telefon / Mobilni

<input type="checkbox"/> Promena korisnika osiguranja	<input type="checkbox"/> ostaju stari korisnici i dodaje se novi	<input type="checkbox"/> brišu se stari korisnici i određuju se novi
Za doživljenje:	Za slučaj smrti osiguranika:	Za slučaj nastanka teške bolesti

<input type="checkbox"/> Promena načina (dinamike) plaćanja	<input type="checkbox"/> 1/1 - godišnje	<input type="checkbox"/> 1/2 - polugodišnje	<input type="checkbox"/> 1/4 - kvartalno	<input type="checkbox"/> 1/12 - mesečno
---	---	---	--	---

<input type="checkbox"/> Povećanje premije osiguranja života na	<input type="text"/>	EUR	(Kod povećanja premije obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)
<input type="checkbox"/> Smanjenje premije osiguranja života na			

<input type="checkbox"/> Uključivanje RDZ	<input type="text"/>	EUR	<input type="checkbox"/> Povećanje premije za RDZ na	<input type="text"/>	EUR
<input type="checkbox"/> Smanjenje premije za RDZ na	<input type="text"/>	EUR	<input type="checkbox"/> Isključivanje RDZ	(Kod uključivanja RDZ-a i povećanja premije obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)	

<input type="checkbox"/> Promena ili dodavanje dodatnog osiguranja za slučaj nezgode (kod dodavanja ili promene kombinacije sa većom premijom popuniti izjavu o zdravstvenom stanju)	<input type="checkbox"/> UI 1 (25 EUR)	<input type="checkbox"/> UI 2 (50 EUR)	<input type="checkbox"/> UI 3 (75 EUR)
	<input type="checkbox"/> UI 4 (100 EUR)	<input type="checkbox"/> UI 5 (62 EUR)	<input type="checkbox"/> UI 6 (123 EUR)
	<input type="checkbox"/> ukidanje nezgode		

<input type="checkbox"/> Promena ili dodavanje dodatnog osiguranja za slučaj nezgode tarifa Kids	<input type="checkbox"/> UI Star (15 EUR)	<input type="checkbox"/> UI Sun (30 EUR)
	<input type="checkbox"/> ukidanje nezgode	

<input type="checkbox"/> Dodavanje dodatnog osiguranja za oslobađanje od plaćanja premije za vreme radne nesposobnosti - AUZ	<input type="text"/>	EUR	(Obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)
--	----------------------	-----	---

<input type="checkbox"/> Ukidanje dodatnog osiguranja za oslobađanje od plaćanja premije za vreme radne nesposobnosti - AUZ
---

<input type="checkbox"/> Promena indeksacije	<input type="checkbox"/> uvođenje (osigurana suma za osiguranje života mora da bude najmanje 3.500 evra)	<input type="checkbox"/> ukidanje
--	--	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Kapitalizacija	Po isteku 1/10 trajanja osiguranja!
---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Reaktiviranje	Kod reaktiviranja obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!
--	---

Mesto i datum

Potpis ugovarača osiguranja

Potpis osiguranika, punoletnog lica  
(ako su osiguranik i ugovarač osiguranja različita lica)

## Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika

Molimo Vas da na svako postavljeno pitanje odgovorite u potpunosti.

<p>1. Da li postoje ili su postojala neka druga ugovorena osiguranja života, nesrećnog slučaja, zdravstvena osiguranja ili osiguranja života sa naknadom za određene teške bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Osigurana suma .....</p> <p>Društvo za osiguranje .....</p> <p>Da li su takva osiguranja odbijena? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	<p>6. Da li ste preboleli teže bolesti, imali povrede, bili na operaciji? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Koje? .....</p> <p>Da li ste ikada bili na lečenju u bolnici, lečilištu ili na rehabilitaciji? .....</p> <p>Kada i gde? .....</p>
<p>2. Da li ste pri obavljanju Vašeg posla izloženi posebnim opasnostima (npr. zračenje, rad sa eksplozivnim sredstvima, rad na platformama za naftu ili gas, rad na tankeru i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Ako jeste, kojima? .....</p>	<p>7. Da li ste se lečili radioaktivnim zračenjem? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>8. Da li ste trenutno bolesni ili povređeni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Navedite podatke o postojećim bolestima (teškoćama) ili povredama (srce, pluća, želudac, jetra, bubrezi, živci, duševne bolesti, karcinom, invalidnost, šećerna bolest, krvni pritisak,...) .....</p>
<p>3. Da li se bavite sportom (na zemlji, u vodi, u vazduhu) i kojim? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> rekreativno <input type="checkbox"/> amaterski <input type="checkbox"/> profesionalno .....</p>	<p>9. Da li redovno</p> <p>pijete alkohol? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Koliko dnevno? .....</p> <p>pušite? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Koliko dnevno? .....</p> <p>uzimate drogu? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Koliko dnevno? .....</p> <p>koristite lekove? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Koliko dnevno? .....</p>
<p>4. Da li se bavite rizičnim sportovima (npr. upravljanje jedrilicom, motornim avionom, ronjenje na dubini većoj od 20 m, padobanstvo, zmajarstvo, alpinizam, motokros trke i slično). Kojim? .....</p> <p>5. Vaša visina: <input type="text"/> cm Vaša težina: <input type="text"/> kg</p>	<p>10. Ime, prezime i adresa Vašeg lekara i naziv zdravstvene ustanove: .....</p>

### Pitanja za osiguranika - samo za Tarifu Elite 20 Plus i dodatno osiguranje RDZ

<p>1. Da li imate neku telesnu manu ili umanjenu funkcionalnu sposobnost? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Da li Vam je zbog toga određen procenat invalidnosti? .....</p> <p>Ako jeste koliko i zbog čega? .....</p>	<p>i) bolesti čula vida, sluha i drugih čula? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>j) bolesti imunog i limfnog sistema (npr. SIDA, limfomi)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>k) bolesti dojke (kod žena)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>
<p>2. Da li ste trenutno ili trajno nesposobni za rad i zbog čega? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>.....</p>	<p>4. Da li ste u poslednjih 5 godina bili neprekidno bolesni duže od 4 nedelje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>
<p>3. Da li ste u poslednjih 10 godina bolovali ili bolujete od:</p> <p>a) bolesti srca i krvnih sudova (npr. urođene ili stečene srčane mane, angina pektoris, srčani infarkt ili drugi oblik srčane bolesti, povišen krvni pritisak, poremećaj srčanog ritma, upala ili tromboza vena i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>b) bolesti disajnog sistema (npr. bronhitis, hronični bronhitis, upala pluća, bronhijalna astma, oboljenje grla i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>c) bolesti probavnog sistema (npr. gastritis, čir želuca ili dvanaestopalačnog creva, krvarenje iz probavnog trakta, upalne ili druge funkcionalne bolesti creva, tumorske ili zloćudne bolesti, bolesti jetre - hepatitis, ciroza i slično, bolesti žuči i žučnih puteva, gušterače i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>d) bolesti urogenitalnog sistema (npr. upala bubrega i bubrežnih kanala, kamen u bubrežima, mokraćnim kanalima ili bešici odstranjenje bubrega, urođene malformacije (anomalije) bubrega i urotakta oštećenje bubrežne funkcije, upalne ili tumorske bolesti prostate, testisa i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>e) bolesti nervnog sistema i psihičke bolesti (npr. upalne i degenerativne bolesti, pareze, paralize, epilepsije i slično, psihoze, depresije, šizofrenije, pokušaj samoubistva i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>f) bolesti lokomotornog sistema (npr. reumatske bolesti, degenerativne bolesti zglobova i kičme, operacije kičme, bolesti meniskusa i druge smetnje kretanja i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>g) bolesti metabolizma i endokrinološke bolesti (npr. poremećaj metabolizma masnoća, holesterol, trigliceridi, mokraćne kiseline - giht, šećerna bolest, bolesti štitne žlezde i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>h) bolesti krvi i zgrušavanja krvi (npr. leukemije, trombocitopenije, hemoragijske dijateze, hemofilije i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	<p>5. Da li su u poslednjih 10 godina postojale ili postoje sledeće bolesti, stanja ili zdravstvene tegobe:</p> <p>a) tumori ili zloćudne bolesti (karcinom) bilo kojeg oblika? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>b) akutne ili hronične zaraze i druge infektivne bolesti (TBC, zarazna žutica, sifilis, malarija, hepatitis B i C, AIDS)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>c) moždani udar, multipla skleroza, psihoorganski sindrom i druge neurološke bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>d) zdravstvene tegobe usled posledica ranijih bolesti, trovanja, nesreća, povreda i slično? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>e) alergije, značajni gubitak telesne težine ili zdravstvene tegobe koje nisu navedene? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>6. Da li su Vam u poslednjih 5 godina utvrđeni patološki nalazi (kod pregleda krvi, urina, EKG-a, RTG-a, merenja krvnog pritiska i slično)? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Da li ste obavljali HIV test i kada? Koji je rezultat? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>.....</p> <p>Da li ste u poslednjih 5 godina bili na operacijama, na bolničkom ili fizikalnom lečenju? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>.....</p> <p>7. Da li je u Vašoj užoj porodici (roditelji, braća, sestre) pre navršene 60. godine života bilo šećerne bolesti, oboljenja srca i kardiovaskularnog sistema, moždanog udara, oboljenja bubrega, malignih tumora, multipla skleroze, težih duševnih bolesti ili drugih naslednih bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>

Ostale napomene:

Potvrđujem svojim potpisom da sam u potpunosti i istinito odgovorio/la na postavljena pitanja. Svestan/na sam da GRAWE osiguranje a.d.o. nema obavezu da isplati naknadu iz osiguranja ako sam nepotpuno ili neistinito odgovorio/la na gore postavljena pitanja.

.....

Mesto i datum

.....

Potpis ugovarača osiguranja

.....

Potpis osiguranika, punoletnog lica  
(ako su osiguranik i ugovarač osiguranja različita lica)