

Izjava o zdravstvenom stanju

Molimo Vas da na svako postavljeno pitanje odgovorite u potpunosti.

1. Da li ste od potpisivanja ponude za osiguranje: a) bolovali ili sada bolujete od neke bolesti, doživeli povredu? Ako jeste, od koje bolesti (ili kakvu povredu ste imali)? Kada?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
b) bili na operaciji, rehabilitaciji, banjskom lečenju? Ako jeste, na kojoj operaciji, kada i gde?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. Da li redovno konzumirate alkohol, nikotin, drogu ili lekove? Ako konzumirate, šta od navedenog, u kojoj meri i koliko često?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Da li ste na poslu, u slobodno vreme, izloženi posebnim opasnostima? Ako jeste, kojim?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
4. Molimo Vas da navedete svoju visinu i težinu: Visina cm Težina kg	
5. Ime, prezime i tačna adresa lekara ili ustanove u kojoj ste bili na lečenju ili se sada lečite na osnovu odgovora navedenih na ovoj izjavi.	

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

.....
Mesto i datum

.....
Potpis ugovarača osiguranja
(ako je osiguranik maloletno lice)

.....
Potpis osiguranika