

## Zahtev za promene na polisi

Molimo Vas da zahtev popunite štampanim slovima.

Odgovarajuće precrtajte 

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

**Ugovarač osiguranja** Ime i prezime / Naziv preduzeća

Molim za sledeće promene od:

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

Promena prezimena  Ugovarača osiguranja  Osiguranika  Korisnika osiguranja

Novo prezime

Promena naziva preduzeća

Novi naziv preduzeća

Promena adrese stanovanja ili sedišta preduzeća. Molimo Vas da unesete novu adresu.

Broj pošte	Mesto, ulica, broj i sprat	Telefon / Mobilni
------------	----------------------------	-------------------

Promena korisnika osiguranja  ostaju stari korisnici i dodaje se novi  brišu se stari korisnici i određuju se novi

Za doživljenje:	Za slučaj smrti osiguranika:	Za slučaj nastanka teške bolesti
-----------------	------------------------------	----------------------------------

Promena načina (dinamike) plaćanja  1/1 - godišnje  1/2 - polugodišnje  1/4 - kvartalno  1/12 - mesečno

Povećanje premije osiguranja života na  EUR **(Kod povećanja premije obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)**

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 <b>(Kod uključivanja RDZ-a i povećanja premije obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)</b>

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		

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	

Dodavanje dodatnog osiguranja za oslobađanje od plaćanja premije za vreme radne nesposobnosti - AUZ  EUR **(Obavezno popuniti izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika!)**

Ukidanje dodatnog osiguranja za oslobađanje od plaćanja premije za vreme radne nesposobnosti - AUZ

Promena indeksacije  uvođenje (osigurana suma za osiguranje života mora da bude najmanje 3.500 evra)  ukidanje

Kapitalizacija **Po isteku 1/10 trajanja osiguranja!**

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)