

PRIJAVA IZMENE PODATAKA NA POLISI

Tehničke promene – Merkur Osiguranje a.d.o. Beograd



Br. ugovora: _____

Molimo da čitko popunite samo sekciju koja se odnosi na vaš zahtev. Na jednom obrascu popunite samo jednu sekciju, u protivnom će se svi zahtevi smatrati nevažećim

Promena osigurane sume

Nova Osigurana suma će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog trajanja osiguranja i načina plaćanja.

Nova Osigurana suma će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog načina plaćanja i trajanjem osiguranja od _____ godina počevši od početka osiguranja naznačenog na polisi.

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača

Napomena: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne menja način plaćanja i:

- trajanje osiguranja, **povećanje premije** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto
- osigurana suma, **produženje trajanja osiguranja** uslovljava **smanjenje premije** i obrnuto
- premija, **produženje osiguranja** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto

Promena trajanja osiguranja uz zadržavanje trenutne osigurane sume i načina plaćanja

Novo trajanje osiguranja računavši od početka ugovora naznačenog na polisi: _____ godina

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača

Napomena: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne menja način plaćanja i:

- trajanje osiguranja, **povećanje premije** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto
- osigurana suma, **produženje trajanja osiguranja** uslovljava **smanjenje premije** i obrnuto
- premija, **produženje osiguranja** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto

Promena premijske rate

Nova premijska rata će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog trajanja osiguranja i načina plaćanja

Nova premijska rata će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog načina plaćanja i trajanje osiguranja od _____ godina od početka ugovora naznačenog na polisi.

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača

Napomena: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne menja način plaćanja i:

- trajanje osiguranja, **povećanje premije** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto
- osigurana suma, **produženje trajanja osiguranja** uslovljava **smanjenje premije** i obrnuto
- premija, **produženje osiguranja** uslovljava **povećanje osigurane sume** i obrnuto

Napomene: Svi zahtevi za promene će se smatrati nevažećim u slučaju da se njihovo izvršavanje protivi uslovima osiguranja. Posebno naglašavam da preračunata osigurana suma ne sme biti manja od 50% prvobitno ugovorene osigurane sume niti u bilo kojem slučaju manja od 2000€, da trajanje osiguranja od datuma promene do isteka ugovora ne sme biti kraće od 5 godina, te da preračunata premija nemože imati ratu manju od 15 EUR. Naknada za promenu ugovora će biti terećena na premijski konto ugovora u skladu sa važećim uslovima osiguranja i važećom tarifom.

Ukoliko uslovi osiguranja zahtijevaju, molimo da se obavi odgovarajući lekarski pregled i dostavi dokumentacija.

Sekcija 1

Sekcija 2

Sekcija 3

Promena osiguranika

Ime i prezime		JMBG / PIB Preduzeća	Pol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Broj pošte	Mesto	Ulica i kućni broj	Kontakt telefon
Zanimanje koje obavlja / delatnost		Zaposlen-a kod	E-mail

Napomene: U slučaju promene osiguranika izvršiće se preračun premije uz zadržavanje postojeće osigurane sume, načina plaćanja, i trajanja osiguranja. Ako se trajanje osiguranja mora promeniti kao posledica primene uslova osiguranja onda će biti smanjeno na maksimalno ili povećano na minimalno trajanje koje uslovi dozvoljavaju. Ukoliko preračunata premija pada ispod minimalne granice iskazane u uslovima osiguranja, premija/osigurana suma će biti povećane do minimalne granice prema uslovima osiguranja.

PITANJA ZA NOVOG OSIGURANIKA

<p>1. Jeste li osigurani u nekoj drugoj osiguravajućoj kući? Osiguravajuće društvo: _____ Je li vam kod neke druge osiguravajuće kuće zahtev za životno osiguranje odbijen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>10. Jeste li bolovali od oboljenja: disajnih organa, srca, krvotoka, krvnih sudova, organa za varenje, nervnog sistema, duševnih smetnji, kostiju, zglobova, mišića i tetiva, polnih organa, krvi, žlezda, metabolizma, ušiju ili nekih drugih nenavedenih bolesti? (Ukoliko DA, priložite otpusna pisma, istorije bolesti, nalaze specijalističkih pregleda i izvršenih pretraga)</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>2. Jeste li u slobodno vreme ili u vašoj profesionalnoj delatnosti 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 tačno:</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>11. Jeste li koristili, odnosno, da li redovno koristite lekove ili narkotike? Ako DA, navedite koje: _____ Jeste li zavisni od njih?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>3. Jeste li potpuno zdravi? (ukoliko NE, obavezno priložite medicinsku dokumentaciju)</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>12. Jeste li lečeni u bolnici od gore navedenih bolesti, posledica nezgode, te jeste li operisani? Imate li predviđene boravke u bolnici? (ukoliko DA, molimo vas da priložite dokumentaciju)</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>4. a) Visina i težina: _____ cm _____ kg b) Dnevna količina alkoholnih pića i duvana: _____ alk. _____ duh.</p>		<p>13. Za Žene: Jeste li trudni? Ako DA, je li trudnoća uredna?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>5. Imate li očne bolesti? (Dioptrija nije bolest) (Ukoliko DA, obavezno priložite medicinsku dokumentaciju)</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>14. Naziv zdravstvene ustanove i ime doktora primarne zdravstvene zaštite: Ovlaštavam MERKUR OSIGURANJE a.d.o. 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><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>		
<p>8. Imate li urođenu manu, telesno oštećenje ili vam je ustanovljena smanjena radna sposobnost? (Ukoliko DA, obavezno priložite dokumentaciju)</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>		
<p>9. Jeste li obavili HIV test? Ukoliko DA koji je rezultat?</p>	<p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg</p>		

Mesto, Datum

Potpis novog/trenutnog osiguranika

Potpis ugovarača

Želim da na moju polisu dodam/promenim osiguranje od posledica nezgode po programu SS11/ _____

		Doplata za povećani rizik	Premija u €
<input type="checkbox"/> Varijanta 1 - I razred opasnosti	39,46 €	Osnova za trajni invaliditet: 15.000€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 6€	
<input type="checkbox"/> Varijanta 1 - II razred opasnosti	53,91 €	Lom kosti 100€ 100% Invalidnost 22.500€	
<input type="checkbox"/> Varijanta 2 - I razred opasnosti	70,12 €	Osnova za trajni invaliditet: 30.000€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 7€	
<input type="checkbox"/> Varijanta 2 - II razred opasnosti	99,02 €	Lom kosti 200€ 100% Invalidnost 45.000€	

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača

Želim da prekinem dodatno osiguranje od posledica nezgode po programu SS11/ _____

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis ugovarača