

# PRIJAVA IZMENE PODATAKA NA POLISI

PIPA-Administrativne 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 ugovarača ili podataka o trenutnom ugovaraču

Ime i prezime / Naziv pravnog lica		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

Mesto, Datum

Potpis osiguranika

Potpis novog ugovarača

Potpis trenutnog ugovarača

Napomene: Novi ugovarač je dužan uz ovaj obrazac priložiti i popunjen obrazac Administrativne zabrane ili Trajnog naloga za debit transfer ukoliko je takav način plaćanja već ugovoren. U protivnom će način plaćanja biti pretvoren u plaćanje uplatnicom.

## Promena podataka o trenutnom osiguraniku

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

Mesto, Datum

Potpis trenutnog ili novog osiguranika

Potpis Potpis ugovarača

Napomene: Ova sekcija se popunjava samo u slučaju promene ličnih podataka **TREKUTNOG osiguranika**.

## Promena korisnika osiguranja ili podataka o trenutnim korisnicima osiguranja

Korisnik u slučaju doživljenja (ime, prezime i datum rođenja): \_\_\_\_\_  
Korisnik u slučaju smrti (ime, prezime i datum rođenja): \_\_\_\_\_  
Korisnik u slučaju teške bolesti (ime, prezime i datum rođenja): \_\_\_\_\_

Mesto, Datum

Potpis ugovarača

Napomene: Navedeni korisnici osiguranja će u potpunosti zameniti one trenutno navedene na polisi, stoga molimo da navedete kompletnu listu korisnika osiguranja, uključujući i one koje želite da zadržite.

## Promena načina plaćanja

Novi način plaćanja će biti:

Broj premijskih rata  1/1  1/2  1/4  1/12  
Način plaćanja  Uplatnica  Virman  Trajni nalog za debit transfer\*  Administrativna zabrana\*

\*) U slučaju prelaska na plaćanje Administrativnom zabranom ili Trajnim nalogom za debit transfer, ugovarač je dužan dostaviti popunjene odgovarajuće obrasce. U protivnom ovaj zahtev će se smatrati nevažećim.

Mesto, Datum

Potpis ugovarača

Napomene: Ugovarač je saglasan da osiguravatelj izvrši preračun premije uz zadržavanje postojeće osigurane sume i trajanja osiguranja, prema uslovima osiguranja.

Sekcija 1

Sekcija 2

Sekcija 3

Sekcija 4

**Za obnovu je potrebno uplatiti celokupan dug osiguranja za period koji uključuje i Kalendarski mesec koji sledi nakon meseca ukojem je zahtev za obnovu podnesen.**

**Pitanja za osiguranika kod obnove storniranog ugovora**

<p><b>1.</b></p> <p>Jeste li osigurani u nekoj drugoj osiguravajućoj kući?                  Osiguravajuće društvo: _____</p> <p>Je li vam kod neke druge osiguravajuće kuće zahtev za životno osiguranje odbijen?</p>	<p><b>10.</b></p> <p>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><b>2.</b></p> <p>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><b>11.</b></p> <p>Jeste li koristili, odnosno, da li redovno koristite lekove ili narkotike?                  Ako DA, navedite koje: _____</p> <p>Jeste li zavisni od njih?</p>
<p><b>3.</b></p> <p>Jeste li potpuno zdravi?                  (ukoliko NE, obavezno priložiti medicinsku dokumentaciju)</p>	<p><b>12.</b></p> <p>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><b>4.</b></p> <p>a) Visina i težina: _____ cm _____ kg                  b) Dnevna količina alkoholnih pića i duvana: _____ alk. _____ duh.</p>	<p><b>13.</b></p> <p>Za Žene: Jeste li trudni?                  Ako DA, je li trudnoća uredna?</p>
<p><b>5.</b></p> <p>Imate li očne bolesti? (Dioptrija nije bolest)                  (Ukoliko DA, obavezno priložiti medicinsku dokumentaciju)</p>	<p><b>14.</b></p> <p>Naziv zdravstvene ustanove i ime doktora primarne zdravstvene zaštite:</p> <p>Ovlašćujem MERKUR OSIGURANJE a.d.o. da ima pravo uvida u moj zdravstveni karton i ostalu medicinsku dokumentaciju.</p>
<p><b>6.</b></p> <p>Imate li dioptriju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne L: _____ D: _____</p>	
<p><b>7.</b></p> <p>Jeste li imali nezgode ili trovanja?</p>	
<p><b>8.</b></p> <p>Imate li urobenu manu, telesno oštećenje ili vam je ustanovljena smanjena radna sposobnost?                  (Ukoliko DA, obavezno priložiti dokumentaciju)</p>	
<p><b>9.</b></p> <p>Jeste li obavili HIV test?                  Ukoliko DA koji je rezultat?</p>	

S e k c i j a 5

\_\_\_\_\_  
Mesto, Datum

\_\_\_\_\_  
Potpis osiguranika

\_\_\_\_\_  
Potpis ugovarača



[www.merkurosiguranje.co.yu](http://www.merkurosiguranje.co.yu)