

Br. ugovora:

Ugovarač osiguranja			
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
Osigurana osoba			
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

Pitanja namenjena Osiguranoj osobi	
1. Jeste li osigurani u nekoj drugoj osiguravajućoj kući? Osiguravajuće društvo: _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Da li Vam je kod neke druge osiguravajuće kuće zahtev za životno osiguranje odbijen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	10. Jeste li bolovali od oboljenja: disajnih puteva, 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). <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
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: _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	11. Jeste li koristili, odnosno, da li redovno koristite lekove ili narkotike? Ako DA, navedite koje: _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Jeste li potpuno zdravi? (Ukoliko NE, obavezno priložiti medicinsku dokumentaciju) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	12. Jeste li lečeni u bolnici od gore navedenih bolesti, posledica nezgode, odnosno jeste li operisani? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Imate li predviđene boravke u bolnici? Ukoliko DA, molimo Vas da priložite medicinsku dokumentaciju <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
4. a) Visina i težina: _____ cm, _____ kg b) Dnevna količina alkoholnih pića i duvana: _____ alk, _____ duv.	13. Za žene: Jeste li trudni? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, je li trudnoća uredna? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
5. Imate li očne bolesti? (Dioptrija nije bolest) (Ukoliko DA, obavezno priložiti medicinsku dokumentaciju) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	14. Naziv zdravstvene ustanove i ime doktora primarne zdravstvene zaštite: Ovlašćujem MERKUR OSIGURANJE a.d.o. da ima pravo da izvrši uvid i preuzme kopiju mog zdravstvenog kartona, kao i ostalu medicinsku dokumentaciju. Potpisom potvrđujem da su na sva pitanja dati precizni i istiniti odgovori.
6. Imate li dioptriju? L: _____ D: _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
7. Jeste li imali nezgode ili trovanja? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
8. Imate li urođenu manu, telesno oštećenje ili Vam je ustanovljena smanjena radna sposobnost? (Ukoliko DA, obavezno priložiti medicinsku dokumentaciju) <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
9. Jeste li obavili HIV test? Ukoliko DA, ishod testa je: _____ <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

Uz Zahtev za reaktivaciju neophodno je dostaviti:

- Dokaz o izmirenju zaostalih premija osiguranja;
- Kopiju jednog ličnog dokumenta sa fotografijom i JMBG-om;
- Original polisu osiguranja;

Ugovarač osiguranja

Osigurana osoba

Kompletirao i primio

M.P.

M.P.