

ЗАХТЈЕВ ЗА РЕАКТИВИРАЊЕ ПОЛИСЕ И ИЗЈАВА О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ

БРОЈ ПОЛИСЕ: _____

УГОВАРАЧ ОСИГУРАЊА: _____

ОСИГУРАНИК: _____

РЕАКТИВИРАЊЕ ОД ДАТУМА:

01. .20

Молим да се изврши реактивирање полисе са горе наведеним подацима.

Изјављујем да по горе наведеном броју полисе животног осигурања немам потраживања по основу додатног осигурања од незгоде за случај трајне инвалидности од датума сторна/капитализације до дана реактивирања полисе, те да се моје здравствено стање није промијенило.

Молимо Вас да на свако постављено питање одговорите у потпуности (ако се уговарач осигурања и осигураник разликују, на питања о здравственом стању одговара осигураник).

1. Да ли сте од потписивања понуде за осигурање до данас

а) боловали или сад болујете од неке болести, доживјели повреду ?

 да не

Ако да: Која болест или повреда?Када?

б) били на операцији, рехабилитацији, бањском лијечењу?

 да не

Ако да: Која? Када? Гдје?

2. Да ли редовно конзумирате алкохол, никотин, дрогу или медикаменте:

 да не

Ако да: Шта? Колико?

3. Да ли сте на послу, приликом бављења спортом или у слободно вријеме изложени посебним опасностима?

 да не

Ако да: Којим?

4. Да ли сте код неког другог друштва били одбијени да закључите уговор о осигурању живота.?

 да не

Ако да: Које (разлог одбијања и висина осигуране суме)?

5. Молимо Вас да наведете своју висину у тежину:

Висина цм

Тежина кг

6. Име, презиме и тачна адреса љекара или установе код које сте били на лијечењу или се сад лијечите на основу горе постављених питања на које сте одговорили са „да“:

Потврђујем својим потписом да сам у потпуности и истинито одговорио на постављена питања. Свјестан сам да ако сам непотпуно или лажно одговорио на питања, GRAWE осигурање а.д. Бања Лука нема обавезу да исплати накнаду по евентуалном осигураном случају.

(мјесто и датум)_____
(потпис уговарача осигурања)_____
(потпис осигураника)