

Zahtjev za promjenu Ugovora o osiguranju života

Podaci o polisi (Obavezno popuniti)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj polise	Datum početka polise
<input type="text"/>	
Broj ponude	

Podaci o ugovaraču

Državljanstvo
 BiH drugo

Politički eksponirana osoba? da ne

Porezni obveznik strane države?
 da ne Ako da, koje?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ime i prezime/Naziv	ID/JMBG
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poštanski broj	Mjesto
<input type="text"/>	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i broj	Telefon

Popuniti po potrebi - ovisno o odabiru promjene ugovora

1. Promjena Ugovarača

Državljanstvo
 BiH drugo

Politički eksponirana osoba? da ne

Porezni obveznik strane države?
 da ne Ako da, koje?

Podaci o novom Ugovaraču		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ime i prezime/Naziv	ID/JMBG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Poštanski broj	Mjesto	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i broj		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Broj ličnog dokumenta	Organ, mjesto i država izdavanja	Važi do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Potpis (i pečat) novog ugovarača

2. Promjena Osiguranika

Državljanstvo
 BiH drugo

Politički eksponirana osoba? da ne

Porezni obveznik strane države?
 da ne Ako da, koje?

Podaci o novom Osiguraniku		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ime i prezime/Naziv	ID/JMBG	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Poštanski broj	Mjesto	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i broj		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Napomena: U slučaju promjene osiguranika neophodno popuniti Medicinski upitnik!

Potpis novog osiguranika

3. Promjena korisnika

Korisnik za doživljenje (Ime, prezime i datum rođenja)	
Dosadašnji korisnik	Novi korisnik
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Korisnik za slučaj smrti (Ime, prezime i datum rođenja)	
Dosadašnji korisnik	Novi korisnik
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Korisnik za slučaj nastupa teške bolesti (Ime, prezime i datum rođenja)	
Dosadašnji korisnik	Novi korisnik
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Promjena adrese i/ili kontakt telefona

<input type="checkbox"/> Ugovarača	<input type="checkbox"/> Osiguranika
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosadašnja adresa (Ulica, broj, poštanski broj, mjesto)	Nova adresa (Ulica, broj, poštanski broj, mjesto)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosadašnji broj telefona / Fax / E-mail	Novi broj telefona / Fax / E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Promjena prezimena

<input type="checkbox"/> Ugovarača	<input type="checkbox"/> Osiguranika
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosadašnje prezime	Novo prezime
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Promjena načina plaćanja (npr. plaćanje trajnim nalogom umjesto uplatnicom isl.)

Dosadašnji način plaćanja	Novi način plaćanja
<input type="checkbox"/> Uplatnica <input type="checkbox"/> Trajni nalog	<input type="checkbox"/> Uplatnica <input type="checkbox"/> Trajni nalog
<input type="checkbox"/> Administrativna zabrana	<input type="checkbox"/> Administrativna zabrana

7. Indeksacija

Želim uključivanje indeksacije 2% 5%

Želim isključivanje indeksacije

8. Promjena dinamike plaćanja (npr. mjesečna dinamika plaćanja umjesto godišnje dinamike i sl.)	Dosadašnja dinamika plaćanja:	Nova dinamika plaćanja:
	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12	<input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12

9. Povećanje iznosa godišnje premije osnovnog programa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dosadašnji iznos godišnje premije (EUR):	Novi iznos godišnje premije (EUR):

Napomena: U slučaju povećanja iznosa godišnje premije neophodno popuniti Medicinski upitnik!

10. Promjena po dopunskim osiguranjima	Dopunsko osiguranje od posljedica nezgode			
	<input type="checkbox"/> Želim raskid Dopunskog osiguranja od posljedica nezgode		<input type="checkbox"/> Želim zaključiti Dopunsko osiguranje od posljedica nezgode:	

		Osigurane sume	Godišnja premija		Osigurane sume	Godišnja premija
CLASSIC COMFORT KAPITAL COMFORT DUAL	NutriFit - trajna invalidnost	<input type="checkbox"/> 10.225,84 €	27,61 €	Lom kostiju*	<input type="checkbox"/> 102,26 €	2,56 €
		<input type="checkbox"/> 20.451,68 €	39,88 €		<input type="checkbox"/> 204,52 €	5,11 €
		<input type="checkbox"/> 40.903,35 €	64,42 €		<input type="checkbox"/> 511,29 €	12,78 €
	Trajna invalidnost	<input type="checkbox"/> 10.225,84 €	12,27 €	Dnevna naknada nezgoda	<input type="checkbox"/> 5,11 €	5,11 €
		<input type="checkbox"/> 20.451,68 €	24,54 €		<input type="checkbox"/> 10,23 €	10,23 €
		<input type="checkbox"/> 40.903,35 €	49,08 €		<input type="checkbox"/> 20,45 €	20,45 €
Smrt usljed nezgode	<input type="checkbox"/> 5.112,92 €	6,14 €	Dnevna naknada bolest*	<input type="checkbox"/> 5,11 €	10,23 €	
	<input type="checkbox"/> 10.225,84 €	12,27 €		<input type="checkbox"/> 10,23 €	20,45 €	
	<input type="checkbox"/> 20.451,68 €	24,54 €		<input type="checkbox"/> 20,45 €	40,90 €	

OSIGURANJE DJECE I UNIQA

Trajna invalidnost	<input type="checkbox"/> 10.225,84 €	12,27 €	* Lom kosti se može ugovoriti ukoliko je ugovoreno i pokrće Trajna invalidnost ili NutriFit- trajna invalidnost
	<input type="checkbox"/> 20.451,68 €	24,54 €	
	<input type="checkbox"/> 40.903,35 €	49,08 €	
Lom kosti	<input type="checkbox"/> 102,26 €	2,56 €	* Dnevna naknada bolest se može ugovoriti ukoliko je ugovoreno i pokrće Dnevna naknada nezgoda
	<input type="checkbox"/> 204,52 €	5,11 €	
	<input type="checkbox"/> 511,29 €	12,78 €	

Napomena: Osiguranje djece od posljedica nezgode se može zaključiti uz programe Classic, Comfort, Comfort Dual i Kapital.

Podaci o djetetu/djeci za Dopunsko osiguranje od posljedica nezgode

Prezime i ime, JMBG djeteta/djece

Dopunsko osiguranje operacija i drugog liječničkog mišljenja

	Osigurane sume	Godišnja premija		Premija za drugo liječničko mišljenje
CLASSIC COMFORT KAPITAL COMFORT DUAL	Operacije	<input type="checkbox"/> 1.022,58 €	28,12 €	12,27 €
		<input type="checkbox"/> 2.045,17 €	56,24 €	

**CLASSIC
COMFORT
KAPITAL
COMFORT DUAL** Individualno drugo liječničko mišljenje

Napomena: U slučaju uključnja Dopunskog osiguranja od posljedica nezgode neophodno popuniti dio Medicinskog upitnika koji se odnosi na pitanja za osiguranika broj 1., 2. i 3.!

11. Promjene statusa polise	<input type="checkbox"/> Mirovanje <input type="checkbox"/> Kapitalizacija <input type="checkbox"/> Obnova
	Napomena: U slučaju Obnove ugovora neophodno popuniti Medicinski upitnik!

Ugovarač osiguranja/osiguranik odgovoran je za sve navedene podatke o promjenama po polisu. Osiguravač je u obavezi izvršiti tražene izmjene samo ako su zahtjevi za izmjenama podneseni pravovremeno. Kod promjene osiguranika, dinamike plaćanja, iznosa premije, trajanja osiguranja, promjene po dopunskim osiguranjima, mirovanja ili kapitalizacije, zahtjev za promjenu mora biti podnesen najmanje 30 dana prije početka nove godine osiguranja. Svojom potpisom potvrđujem da sam saglasan sa primjenom uslova i klauzula koji su na snazi na dan promjene, kao i da se u slučaju izdavanja novog primjerka polise osiguranja nakon postupanja po ovom Zahtjevu prethodno izdati primjerak polise smatra nevažećim.

Mjesto i datum

Potpis (i pečat) Ugovarača osiguranja

Potpis osiguranika

Napomena: U slučaju povećanja iznosa godišnje premije osiguranja i obnove ugovora neophodno je popuniti Medicinski upitnik.

Medicinski upitnik - popunjavanje osiguranik

1. Trenutno zanimanje:	<input type="text"/>	Poslodavac:	<input type="text"/>
2. Da li ste u slobodno vrijeme ili u Vašoj djelatnosti izloženi posebnim opasnostima (npr. auto-moto utrke, ronjenje, boksanje, planinarenje, letenje, padobranstvo, rad s eksplozivima ili radioaktivnim supstancama, putovanja izvan Evrope i sl.)?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
3. Da li se amaterski/profesionalno bavite sportom? Ako da - kojim? <small>Napomena: Sportisti amateri/profesionalci su registrirani članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Rekreativno bavljenje sportom ne podrazumijeva članstvo u sportskoj organizaciji niti takmičenje za istu.</small>	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
4. Upišite podatke o visini i težini.	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
5. Da li imate tjelesna oštećenja, urođenu manu ili Vam je ustanovljena smanjena radna sposobnost? Ako da - navedite detaljnije informacije i priložite medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na isto.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
6. Da li ste u posljednjih 10 godina bolovali ili bolujete od nekih bolesti/patoloških stanja, bili podvrgnuti operativnim zahvatima ili Vam je to savjetovano? Ako da - molimo navedite detaljnije informacije (tip bolesti/stanja, godina nastanka/liječenja, trajanje) i priložite medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na isto.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
7. Da li ste u posljednjih 5 godina bili liječeni više od 4 uzastopne nedjelje ili ste redovno odlazili na ljekarske kontrole ili ste bili odsutni sa posla više od 10 dana u posljednjih 12 mjeseci? Ako jeste - molimo navedite detaljnije informacije (opišite bolest, kada je dijagnosticirana, trajanje i trenutni status) i priložite medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na isto.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
8. Da li redovno uzimate lijekove ili droge? Ako da, molimo navedite detaljnije informacije (koje lijekove/droge i kolika je dnevna doza) i priložite medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na isto.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="text"/>	
9. Prezime i ime Vašeg ljekara opće prakse: Naziv i adresa zdravstvene ustanove:	<input type="text"/>		

Ovlašćujem UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo da ima pravo uvida u moj zdravstveni karton i ostalu medicinsku dokumentaciju. Ako nemam ljekara opće prakse, odnosno otvoren zdravstveni karton, saglasan sam da ljekarski pregled izvrši ovlaštjeni ljekar UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika