

# 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

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

<input type="checkbox"/> Uplatnica	<input type="checkbox"/> Uplatnica
<input type="checkbox"/> Trajni nalog	<input type="checkbox"/> Trajni nalog
<input type="checkbox"/> Administrativna zabrana	<input type="checkbox"/> Administrativna zabrana

### 7. Indeksacija

<input type="checkbox"/> Želim uključivanje indeksacije	<input type="checkbox"/> 2%	<input type="checkbox"/> 5%
<input type="checkbox"/> 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	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:																	
	<b>Classic Comfort Dual</b>	<table border="1"> <tr><td>Trajna invalidnost</td><td>10.225,84 €</td><td>Trajna invalidnost</td><td>20.451,68 €</td></tr> <tr><td>Lom kostiju</td><td>102,26 €</td><td>Lom kostiju</td><td>204,52 €</td></tr> <tr><td>Smrt usljed nezgode</td><td>5.112,92 €</td><td>Smrt usljed nezgode</td><td>10.225,84 €</td></tr> <tr><td>Godišnja premija po osobi</td><td>30,68 €</td><td>Godišnja premija po osobi</td><td>61,35 €</td></tr> </table>	Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €	Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €	Smrt usljed nezgode	5.112,92 €	Smrt usljed nezgode	10.225,84 €	Godišnja premija po osobi	30,68 €	Godišnja premija po osobi	61,35 €
	Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €														
	Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €														
	Smrt usljed nezgode	5.112,92 €	Smrt usljed nezgode	10.225,84 €														
	Godišnja premija po osobi	30,68 €	Godišnja premija po osobi	61,35 €														
	<b>UNIQA Kapital</b>	<table border="1"> <tr><td>Trajna invalidnost</td><td>10.225,84 €</td><td>Trajna invalidnost</td><td>20.451,68 €</td></tr> <tr><td>Lom kostiju</td><td>102,26 €</td><td>Lom kostiju</td><td>204,52 €</td></tr> <tr><td>Godišnja premija po osobi</td><td>23,01 €</td><td>Godišnja premija po osobi</td><td>46,02 €</td></tr> </table>	Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €	Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €	Godišnja premija po osobi	23,01 €	Godišnja premija po osobi	46,02 €				
	Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €														
Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €															
Godišnja premija po osobi	23,01 €	Godišnja premija po osobi	46,02 €															
<b>Za djecu</b>	<table border="1"> <tr><td>Trajna invalidnost</td><td>10.225,84 €</td><td>Trajna invalidnost</td><td>20.451,68 €</td></tr> <tr><td>Lom kostiju</td><td>102,26 €</td><td>Lom kostiju</td><td>204,52 €</td></tr> <tr><td>Godišnja premija po osobi</td><td>23,01 €</td><td>Godišnja premija po osobi</td><td>46,02 €</td></tr> </table>	Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €	Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €	Godišnja premija po osobi	23,01 €	Godišnja premija po osobi	46,02 €					
Trajna invalidnost	10.225,84 €	Trajna invalidnost	20.451,68 €															
Lom kostiju	102,26 €	Lom kostiju	204,52 €															
Godišnja premija po osobi	23,01 €	Godišnja premija po osobi	46,02 €															
<b>Podaci o djetetu/djeci za Dopunsko osiguranje od posljedica nezgode</b>																		
Prezime i ime, JMBG djeteta/djece																		
Dopunsko osiguranja od nastupa teške bolesti i drugo liječničko mišljenje																		
<b>Classic</b>	<table border="1"> <tr><td>Nastup teške bolesti</td><td>3.067,75 €</td><td>Nastup teške bolesti</td><td>4.090,34 €</td></tr> <tr><td>Drugo liječničko mišljenje</td><td></td><td>Drugo liječničko mišljenje</td><td></td></tr> <tr><td>Godišnja premija</td><td>36,81 €</td><td>Godišnja premija</td><td>49,08 €</td></tr> </table>	Nastup teške bolesti	3.067,75 €	Nastup teške bolesti	4.090,34 €	Drugo liječničko mišljenje		Drugo liječničko mišljenje		Godišnja premija	36,81 €	Godišnja premija	49,08 €					
Nastup teške bolesti	3.067,75 €	Nastup teške bolesti	4.090,34 €															
Drugo liječničko mišljenje		Drugo liječničko mišljenje																
Godišnja premija	36,81 €	Godišnja premija	49,08 €															
Napomena: U slučaju uključanja 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 polisi. 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 godišnje osiguranja. Svojim 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:	Poslodavac:
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
3. Da li se amaterski/profesionalno bavite sportom? Ako da - kojim? 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.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4. Upišite podatke o visini i težini.	cm kg
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
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
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
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
9. Prezime i ime Vašeg ljekara opće prakse: Naziv i adresa zdravstvene ustanove:	

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 ovlašteni ljekar UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika