



16.	Jesu li kod članova Vaše obitelji, (majka, otac, braća i sestre) a prije navršenih 65 godina života nastupile bolesti kao što su šećerna bolest, oboljenje krvnih žila ili srca, moždani udar, oboljenje bubrega, multipla skleroza, duševne ili nasljedne bolesti, Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, karcinom ili neki drugi tumori?	DA	NE
	Starost / Zdravstveno stanje (ako nije zdrav navesti oboljenje)	Kada/ dugo	kako Starost u trenutku smrti / Razlog smrti
majka			
otac			
braća i sestre			
<b>Opširni podaci u vezi pitanja na koja ste odgovorili sa DA:</b>			
Pitanje broj	Vrsta oboljenja, tegoba, promjene	Kada/ dugo	kako Ime, prezime i adresa liječnika/bolnice, ukoliko ste bili na pregledu ili liječenju

Molim/o obnovu ugovora sukladno Uvjetima za osiguranje života.

Ugovaratelj osiguranja/osiguranik svojim potpisom potvrđuje da je upoznat da obnova ugovora sukladno Uvjetima za osiguranje života ne uključuje: obnovu dodatnog zdravstvenog osiguranja (oznaka III), obnovu osiguranja od nezgode (oznaka IV), obnovu dopunskog pokrivanja plaćanja premije u slučaju privremene nesposobnosti za rad i/ili gubitka posla oznaka (V).

Nakon obnove ugovora, ovisno o utvrđenom zdravstvenom stanju i pristupnoj dobi osiguranika, moguće je ponovno ugovoriti dopunska osiguranja (III) i (IV) prema važećim cjenicima i Uvjetima osiguratelja. Za dodatno zdravstveno osiguranje po cjeniku OTB23Z/M vrijede Uvjeti za osiguranje teških bolesti UZOTB4, za dodatno zdravstveno osiguranje OBDZ/M vrijede Uvjeti za osiguranje bolničke dnevnicke UZOBD3. Za osiguranje od nezgode SS500/M vrijede Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) OUN15, Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode) TI1 i Klauzula KTIR13

**Nakon obnove ugovora:**

**a) želim ugovoriti dodatna osiguranja koja su vrijedila prije raskida/kapitalizacije ugovora**

Suglasan/suglasna sam da se za prethodno ugovoreno trajanje i svotu osiguranja za dodatna zdravstvena osiguranja obračuna uvećana premija.

**b) ne želim ugovoriti dodatna osiguranja koja su vrijedila prije raskida/kapitalizacije ugovora**

Ugovaratelj osiguranja/osiguranik izjavljuje da su svi podaci točni, potpuni i ažurni te da je suglasan da će snositi posljedice davanja krivih podataka i ovlašćuje Merkur osiguranje d.d. za provjeru svih podataka kod odgovarajućeg liječnika i zdravstvenih ustanova radi procjene rizika.

Potpisom ove izjave dajem privolu, sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka i Zakona o osiguranju da se moji osobni i povjerljivi podaci mogu prikupljati, obrađivati i koristiti u svrhe osiguranja, te u svrhe marketinga produkata članica Merkur grupe, te izjavljujem da sam upoznat s mojim pravom da se takvoj obradi usprotivim. Istodobno dajem izričitu suglasnost Merkur osiguranju d.d. da u navedene svrhe poduzima sve radnje vezane uz obradu svih prikupljenih osobnih i povjerljivih podataka (uključivo i davanje na korištenje drugim članicama Merkur grupe, odnosno drugim pravnim osobama u trajnijem poslovnom kontaktu s Merkur osiguranjem d.d.) i to za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju i njegovih pravnih učinaka.

Također potvrđujem da sam informiran da, sukladno odredbi stavka 2. članka 387. Zakona o osiguranju (NN 30/15), koja stupa na snagu 01.01.2016., obveza čuvanja mojih, gore navedenih osobnih i povjerljivih podataka sa strane Merkur osiguranja d.d., u smislu Zakona o osiguranju i Zakona o zaštiti osobnih podataka, prestaje u sljedećim slučajevima: ako izričito pisanim putem pristanem da se priopće pojedini povjerljivi podaci za određenu namjenu ili određenoj osobi; ako su podaci potrebni Ministarstvu unutarnjih poslova ili nadležnom državnom odvjetništvu za potrebe obavljanja poslova iz njihove nadležnosti; ako su podaci potrebni sudu ili javnom bilježniku za postupak koji vodi, a predočenje tih podataka zahtijeva pisanim putem; u slučajevima određenima Zakonom o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma; ako su ti podaci potrebni Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga, nadležnom nadzornom tijelu, odnosno drugom nadzornom tijelu, uključujući EIOPA-u, ESMA-u, EBA-u, ESRB i Zajednički odbor, u svrhu nadzora koji provodi u okviru svojih nadležnosti; ako su ti podaci potrebni poreznom tijelu u postupku koji ono provodi u okviru svojih nadležnosti te; u slučajevima određenima Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu.

U ..... Dana.....

.....  
Potpis/pečat ugovaratelja osiguranja      Potpis osigurane osobe