

**ZAHTJEV ZA OBNOVU UGOVORA**

Ugovor broj .....

Ime i prezime osigurane osobe: .....OIB: .....

Zanimanje koja obavlja osigurana osoba: .....Kontakt telefon: .....

1.a.	Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena?	DA	NE	10.	Jeste li u posljednjih 10 godina bili bolesni, liječeni, operirani ili bolujete od:	DA	NE
1.b.	Jeste li sada zdravi i potpuno sposobni za rad?	DA	NE	10.a.	srca ili krvnih žila (npr. srčana mana, aritmija, visoki krvni tlak)	DA	NE
1.c.	Je li Vam priznato tjelesno oštećenje? Ako DA, koliko? _____	DA	NE	10.b.	dišnih organa (npr. astma, kronični bronhitis, cistična fibroza)	DA	NE
2.	Jeste li u zadnjih 5 godina bili duže od 4 tjedna neprekidno bolesni?	DA	NE	10.c.	probavnih organa (npr. želuca, crijeva, jetra, žuči, gušterače)	DA	NE
3.	Jeste li u zadnjih 5 godina bili na pregledima, liječenjima, savjetovanjima kod liječnika, na operacijama, u bolnici, klinici ili sanatoriju, lječilištu, odnosno je li nešto od toga predviđeno? Molimo priložiti svu potrebnu dokumentaciju.	DA	NE	10.d.	bubrega (npr. bjelančevine ili šećer u krvi), bolesti mokraćovoda ili spolnih organa	DA	NE
4.	Ime, prezime Vašeg liječnika, naziv i adresa zdravstvene ustanove: _____			10.e.	psihe (npr. depresija, psihoza, psihičke smetnje, PTSP, suicidalni pokušaj), mozga ili živaca (npr. paraliza, epilepsija)	DA	NE
5.a.	Postoje li već osiguranja Vašeg života, za slučaj nesposobnosti za rad u struci, nesposobnosti za privređivanje, odnosno invalidnosti i dodatna osiguranja? Svota osiguranja _____ Osiguratelj _____	DA	NE	10.f.	ušiju	DA	NE
5.b.	Jesu li zatražena ili će biti zatražena daljnja osiguranja?	DA	NE	10.g.	očiju (dioptrija se ne smatra bolešću) dioptrija/vidna oština desno _____ dioptrija/vidna oština lijevo _____	DA	NE
5.c.	Jesu li takvi zahtjevi ili osiguranja (života, u slučaju nesposobnosti za rad ili privređivanje, odnosno invalidnost) ponudeni pod otežavajućim uvjetima, odgođeni ili odbijeni? Ako DA, kod kojeg društva, kada i zbog čega? _____	DA	NE	10.h.	kože/sluznice	DA	NE
6.	Jeste li primali ili primite mirovinu ili ste dali zahtjev za invalidsku mirovinu zbog nesretnog slučaja ili nesposobnosti za rad? Ako je odgovor DA, molimo priložiti dokumentaciju. Oznaka bolesti prema rješenju u umirovljenju/stupanj invalidnosti? _____	DA	NE	10.i.	žlijezda, slezene, metabolizma (npr. giht, štitnjača, dijabetes, bulozna dermatozna)	DA	NE
7.	Jesu li u posljednjih 10 godina postojale ili postoje sljedeće bolesti: Ako DA, koje?	DA	NE	10.j.	kostura (npr. kralježnica, meniskus, deformacija kičme, ograničenja kretnji, amputacija)	DA	NE
7.a.	karcinom ili druge vrste tumora	DA	NE	10.k.	urođenih mana, deformacija, tjelesnih nedostataka ili nasljednih bolesti	DA	NE
7.b.	alergije	DA	NE	10.l.	limfnih žiljezdi	DA	NE
7.c.	akutne ili kronične infektivske bolesti, npr. tuberkuloza, sifilis, malarija, AIDS	DA	NE	10.m.	nešto drugo Ako je odgovor DA, molimo prilog otpusnog pisma, povijesti bolesti sa specijalističkih pregleda i nalaze učinjenih pretraga	DA	NE
7.d.	posljedice prijašnjih bolesti, nesreća, otrovanja ili ozljeda, alergije	DA	NE	11.a.	Pijete li alkoholna pića? Ako DA, koja i koliko? Točan navod količine u dcl: _____	DA	NE
7.e.	srčani infarkt	DA	NE	11.b.	Jeste li uzimali ili uzimate često ili redovito lijekove ili narkotike? Ako DA, koje i kolika je dnevna doza? _____	DA	NE
7.f.	suženje ili začepljenje koronarnih arterija	DA	NE	11.c.	Jeste li ikad prekomjerno uzimali alkohol, duhan ili narkotike ili ste bili liječeni zbog istog?	DA	NE
7.g.	moždani udar	DA	NE	11.d.	Pušite li? Ako DA, koliko cigareta dnevno? _____	DA	NE
7.h.	multipla skleroza, ciroza jetre	DA	NE	11.e.	Jeste li ikad pušili? Ako DA, kada i koliko cigareta dnevno? ____	DA	NE
7.i.	ostale bolesti, zdravstvene smetnje ili tjelesna oštećenja o kojima gore nije postavljeno pitanje? Ako DA, koje? _____	DA	NE	12.	Jeste li izloženi posebnim opasnostima?	DA	NE
8.	Jesu li Vam u bilo koje vrijeme kod pregleda nalazi bili izvan graničnih vrijednosti (npr. elektrokardiogram, rentgen, mjerenje krvnog tlaka, pregled urina i krvi, HIV test)?	DA	NE	12.a.	na radnom mjestu (npr. zračenja, eksplozivne tvari, radio aktivne supstance, vatra, rad na visini, itd.)?	DA	NE
9.	Visina i težina? _____ cm _____ kg			12.b.	u slobodno vrijeme ili u Vašoj profesionalnoj djelatnosti (npr. sudjelovanje u auto-moto utrckama, ronjenje, boks, planinarenje, letenje, letenje zmajem, padobranstvo itd.)?	DA	NE
				12.c.	na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelujući u ekspedicijama? Ako DA, kojim?	DA	NE
				13.	Planirate li pristupiti vojnim oružanim snagama?	DA	NE
				14.	Bavite li se sportom? Ako DA, kojim i da li rekreativnoamaterski ili profesionalno? _____	DA	NE
				15.	Jeste li ikad boravili u nekoj izvaneuropskoj zemlji (osim odmora) ili to planirate u dogledno vrijeme? Ako DA, gdje, kada, kako dugo, svrha? _____	DA	NE

## Ispuniti samo za osiguranje MDD i OTB

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 dopunskog osiguranja od nesretnog slučaja (nezgode).

Nakon obnove ugovora moguće je ugovoriti dopunsko osiguranje od nesretnog slučaja po važećim cjenicima i Uvjetima osiguratelja. Za dopunsko osiguranje od nesretnog slučaja vrijede Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) OUN15. Sastavni dio uvjeta OUN15 je Tablica za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode) T11.

Napomena: za ugovaranje dopunskih osiguranja uz pakete Protektor 5D, Siguran život i uz osiguranje djece, molimo da kontaktirate svog zastupnika ili Merkur osiguranje.

Nakon obnove ugovora sukladno Uvjetima za osiguranje života želim ugovoriti dopunsko osiguranje od nesretnog slučaja prema označenom Paketu.

Ukoliko želite ugovoriti dopunsko osiguranje molimo da označite željeni paket			
Osigurani rizici	<input type="checkbox"/> Paket I	<input type="checkbox"/> Paket II	<input type="checkbox"/> Paket III
Smrt uslijed nezgode	5.000,00 EUR	7.500,00 EUR	10.000,00 EUR
Trajna invalidnost-osnovica	10.000,00 EUR	15.000,00 EUR	20.000,00 EUR
Dnevna naknada za boravak u bolnici	8,00 EUR	10,00 EUR	12,00 EUR
Naknada za prijelom kosti	100,00 EUR	150,00 EUR	200,00 EUR
<b>Godišnja premija EUR</b>	<b>35,50 EUR</b>	<b>50,25 EUR</b>	<b>65,00 EUR</b>

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