

## ZAHTJEV ZA OBNOVU UGOVORA (MPD i Sretno dijete)

<b>PODACI O UGOVARATELJU OSIGURANJA I POLICI OSIGURANJA</b>	
Polica osiguranja broj	
Ime i prezime ugovaratelja	
Datum i mjesto rođenja	
Osobni identifikacijski broj (OIB)	
Adresa prebivališta	
Adresa za korespondenciju i kontakt telefon	
Broj osobne iskaznice i naziv izdavatelja	
Izvor sredstava: a) plaća <input type="checkbox"/> b) ušteđevina <input type="checkbox"/> c) nasljedstvo <input type="checkbox"/> d) _____	
Jeste li državljanin ili rezident SAD za porezne svrhe <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA potrebno je dostaviti izjavu fizičke osobe o poreznoj rezidentnosti	
Jeste li porezni rezident RH <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Jeste li porezni rezident druge države <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA koje _____ Porezni broj _____	

<b>PODACI O OSIGURANIKU</b>	
Ime i prezime osiguranika	
Datum i mjesto rođenja	
1. Je li osigurana osoba potpuno zdrava? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	8. Je li osigurana osoba koristila odnosno redovito koristi lijekove? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
2. Visina i težina _____ cm _____ kg	9. Bavi li se osigurana osoba klupskim sportom? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
3. Je li osigurana osoba imala nezgodu ili trovanje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ako DA navedite kojim _____
4. Ima li osiguranik urođenu manu ili tjelesno oštećenje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Naziv zdravstvene ustanove i ime liječnika primarne zdravstvene zaštite _____
5. Je li osigurana osoba bolovala ili boluje od oboljenja dišnih organa, srca, krvotoka, krvnih žila, probavnih organa, živčanog sustava, duševnih smetnji, kostiju, zglobova, mišića i tetiva, spolnih organa, krvi, žlijezda, mezabolizma, kože, ušiju ili nekih drugih nenavedenih bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ukoliko je na pitanja o zdravstvenom stanju odgovoreno pozitivno potrebno je dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju.
6. Je li osigurana osoba liječena u bolnici od gore navedenih bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Ovlašćujem Merkur osiguranje da ima pravo uvida u zdravstveni karton osigurane osobe i ostalu medicinsku dokumentaciju
7. Ima li osigurana osoba predviđene boravke u bolnici? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

Molim obnovu ugovora sukladno Uvjetima za osiguranje života.

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 slijedećim 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.

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 djece od nesretnog slučaja i bolesti.

Nakon obnove ugovora želim ugovoriti dopunsko osiguranje od nesretnog slučaja koje je vrijedilo prije raskida/kapitalizacije  DA  NE

Za dopunsko osiguranje vrijede Opći uvjeti za osiguranje djece od posljedica nesretnog slučaja i bolesti UNOK4 i Tablice za određivanje postotka trajnog invaliditeta kao posljedica nesretnog slučaja (nezgode) T11.

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum potpisivanja

\_\_\_\_\_  
Potpis roditelja/zakonskog zastupnika

\_\_\_\_\_  
Potpis ugovaratelja osiguranja

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. Istadobno 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 slijedećim 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.