

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

PODACI O UGOVARATELJU OSIGURANJA I POLICI OSIGURANJA	
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 _____	

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime osiguranika	
Datum i mjesto rođenja	
1. Je li osigurana osoba potpuno zdrava? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 2. Visina i težina _____ cm _____ kg 3. Je li osigurana osoba imala nezgodu ili trovanje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 4. Ima li osiguranik urođenu manu ili tjelesno oštećenje? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 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, mezbolizma, kože, ušiju ili nekih drugih navedenih bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 6. Je li osigurana osoba liječena u bolnici od gore navedenih bolesti? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 7. Ima li osigurana osoba predviđene boravke u bolnici? <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 9. Bavi li se osigurana osoba klupskim sportom? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA navedite kojim _____ Naziv zdravstvene ustanove i ime liječnika primarne zdravstvene zaštite _____ Ukoliko je na pitanja o zdravstvenom stanju odgovoreno pozitivno potrebno je dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju. Ovlašćujem Merkur osiguranje da ima pravo uvida u zdravstveni karton osigurane osobe i ostalu medicinsku dokumentaciju

Molim 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 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.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

Mjesto i datum potpisivanja

Potpis roditelja/zakonskog zastupnika

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis osiguranika koji je navršio 14 godina.