

ZAHTJEV ZA OBNOVU UGOVORA – MPD i Sretno dijete

PODACI O UGOVARATELJU OSIGURANJA				
Ime i prezime/Naziv :		Broj ugovora:		
Adresa prebivališta/sjedišta:				
Adresa za dostavu pošte (ako je različita od prebivališta): Napomena: za daljnju pisanu komunikaciju vezanu uz ovaj ugovor koristi ćemo dostavnu adresu				
OIB:		Kontakt telefon – fiksni:		
e-mail adresa:		Kontakt telefon – mobilni:		
Molimo da u svrhu ispunjenja zakonske obveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma odgovorite na sljedeća pitanja				
Jeste li ugovor sklopili u ime ili po nalogu nekog drugog? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE				
Namjena/predviđena priroda poslovnog odnosa: <input type="checkbox"/> štednja <input type="checkbox"/> osiguranje <input type="checkbox"/> vinkulacija <input type="checkbox"/>				
Zanimanje i djelatnost/djelatnost u kojoj ostvarujete prihode:				
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije fizičke osobe: <input type="checkbox"/> plaća <input type="checkbox"/> uštedevina <input type="checkbox"/> nasljedstvo <input type="checkbox"/> drugo				
Izvor sredstava korištenih za uplatu premije pravne osobe:				
Jeste li Vi, član Vaše uže obitelji, bliski suradnik ili stvarni vlasnik politički izložena osoba sukladno odredbama Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Ako DA, molimo dostavite ispunjen obrazac „Politički izložena osoba“				
Fizičke osobe:	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 ste porezni rezident druge države molimo dostavite ispunjen obrazac „Izjava o poreznoj rezidentnosti-fizička osoba“			
	Sva državljanstva:			
	Broj osobne iskaznice:	Naziv i država izdavatelja:		
Pravne osobe:	Molimo dostavite sljedeće obrasce: <ul style="list-style-type: none"> Izjava o poreznoj rezidentnosti – pravna osoba Podaci o beneficijarnim/stvarnim vlasnicima klijenata i Izvod iz sudskog/obrtnog ili drugog javnog registra isprintan sa web stranice registra 			
PODACI O OSIGURANIKU				
Ime i prezime:		Zanimanje ako je zaposlen/a:		
OIB:		Broj osobne iskaznice:		
PITANJA ZA OSIGURANIKA			DA	NE
1.	Je li osigurana osoba potpuno zdrava?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Visina:	cm	Težina:	kg
3.	Je li osigurana osoba imala nezgodu ili trovanje?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ima li osiguranik urođenu manu ili tjelesno oštećenje?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, metabolizma, kože, ušiju ili nekih drugih navedenih bolesti?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Je li osigurana osoba liječena u bolnici od gore navedenih bolesti?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ima li osigurana osoba predviđene boravke u bolnici?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	Je li osigurana osoba koristila odnosno redovito koristi lijekove? Ako DA, navedite lijekove koje koristite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bavi li se osigurana osoba klupskim sportom? Ako DA navedite kojim:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Naziv zdravstvene ustanove i ime liječnika primarne zdravstvene zaštite		

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 dopunskih osiguranja uz osiguranje života. U svrhu ugovaranja drugih osigurateljnih pokriva molimo Vas da se obratite svom zastupniku.

Vlastoručno potpisan/ovjeren zahtjev je potrebno dostaviti u originalu.

Obavezan privitak ovom zahtjevu je kopija obje strane osobne iskaznice ugovaratelja osiguranja i medicinska dokumentacija u slučaju pozitivnih odgovora na pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika.

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.

Potpis osiguranika starijeg od 14 godina

Potpis/pečat i potpis ugovaratelja

PROSTOR ZA OVJERU (ISPUNJAVA DJELATNIK MERKUR OSIGURANJA D.D.)

Podatke provjerio/la (ime i prezime osobe odgovorne osobe):	Pečat Ureda/prodajnog mjesta i potpis:	Datum zaprimanja zahtjeva:

Merkur osiguranje d.d., Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10 000 Zagreb, besplatni tel: 0800 360 360, fax: (01) 6157 130, OIB 089378354