

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			
Opširni podaci u vezi pitanja na koja ste odgovorili sa DA:			
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 dodatnog zdravstvenog osiguranja (oznaka II) i obnovu dopunskog osiguranja od nesretnog slučaja (oznaka III).

Nakon obnove ugovora, ovisno o utvrđenom zdravstvenom stanju i pristupnoj dobi osiguranika, moguće je ponovno ugovoriti dopunska osiguranja (II) i (III) prema važećim cjenicima i Uvjetima osiguratelja. Za dopunsko dodatno zdravstveno osiguranje vrijede Uvjeti za osiguranje teških bolesti UZOTB4, a za dopunsko osiguranje od nesretnog slučaja (nezgode) 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 KR13.

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.

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.

Obvezan prilog ovom zahtjevu je kopija obje strane osobne iskaznice ugovaratelja osiguranja i osiguranika.

U Dana.....

.....
Potpis/pečat ugovaratelja osiguranja

.....
Potpis osigurane osobe