

ZAHTJEV ZA OBNOVU UGOVORA O OSIGURANJU ŽIVOTA

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"/> drugo	
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:
OIB:	Broj osobne iskaznice:

PITANJA ZA OSIGURANIKA		DA	NE
1.a	Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.b	Jeste li sada zdravi i potpuno sposobni za rad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.c	Je li Vam priznato tjelesno oštećenje? Ako DA koliko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Jeste li u zadnjih 5 godina bili duže od 4 tjedna neprekidno bolesni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ime, prezime Vašeg liječnika, naziv i adresa zdravstvene ustanove:		

5.a	Postoje li već osiguranja Vašeg života, za slučaj nesposobnosti za rad u struci, nesposobnosti za privređivanje, odnosno invalidnost i dodatna osiguranja? Svota osiguranja: _____ Osiguratelj: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.b	Jesu li zatražena ili će biti zatražena daljnja osiguranja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.c	Jesu li takvi zahtjevi ili osiguranja (života, u slučaju nesposobnosti za rad ili privređivanje, odnosno invalidnost) ponuđeni pod otežavajućim uvjetima, odgođeni ili odbijeni? Ako DA, kod kojeg društva, kada i zbog čega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeste li primali ili primате 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 o umirovljenju/stupanj invalidnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Jesu li u posljednjih 10 godina postojale ili postoje sljedeće bolesti:		
7.a	karcinom ili druge vrste tumora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.b	alergije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.c	akutne ili kronične infekcijske bolesti, npr. tuberkuloza, sifilis, malarija, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.d	posljedice prijašnjih bolesti, nesreća, otrovanja ili ozljeda, alergije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.e	srčani infarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.f	suženje ili začepljenje koronarnih arterija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.g	moždani udar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.h	multipla skleroza, ciroza jetre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.i	ostale bolesti, zdravstvene smetnje ili tjelesna oštećenja o kojima gore nije postavljeno pitanje? Ako DA, koje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Visina: _____ cm Težina: _____ kg		
10.	Jeste li u posljednjih 10 godina bili bolesni, liječeni, operirani ili bolujete od:		
10.a	srca ili krvnih žila (npr. srčana mana, aritmija, visoki krvni tlak)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.b	dišnih organa (npr. astma, kronični bronhitis, cistična fibroza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.c	probavnih organa (npr. želuca, crijeva, jetra, žuči, gušterače)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.d	bubrega (npr. bjelanchevine ili šećer u krvi), bolesti mokraćovoda ili spolnih organa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.e	psihe (npr. depresija, psihoza, psihičke smetnje, PTSP, suicidalni pokušaj), mozga ili živaca (npr. paraliza, epilepsija)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.f	ušiju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.g	očiju (dioptrija se ne smatra bolešću)? dioptrija/vidna oštrina desno: _____ dioptrija/vidna oštrina lijevo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.h	kože/sluznice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.i	žlijezda, slezene, metabolizma (npr. giht, štitnjača, dijabetes, bulozna dermatoz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.j	kostura (npr. kralježnica, meniskus, deformacija kičme, ograničenja kretnji, amputacija)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.k	urođenih mana, deformacija, tjelesnih nedostataka ili nasljednih bolesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.l	limfnih žlijezdi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.m	Nešto drugo? Ako je odgovor DA, molimo prilog otpusnog pisma, povijesti bolesti sa specijalističkih pregleda i nalaze učinjenih pretraga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.a	Pijete li alkoholna pića? Ako DA, koja i koliko? Točan navod količine u dcl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.b	Jeste li uzimali ili uzimate često ili redovito lijekove ili narkotike? Ako DA, koje i kolika je dnevna doza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.c	Jeste li ikad prekomjerno uzimali alkohol, duhan ili narkotike ili ste bili liječeni zbog istog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.d	Pušite li? Ako DA, koliko cigareta dnevno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.e	Jeste li ikad pušili? Ako DA, kada i koliko cigareta dnevno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Jeste li izloženi posebnim opasnostima:		
12.a	na radnom mjestu (npr. zračenja, eksplozivne tvari, radio aktivne supstance, vatra, rad na visini, itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.b	u slobodno vrijeme ili u Vašoj profesionalnoj djelatnosti(npr. sudjelovanje u auto-moto utrckama, ronjenje, boks, planinarenje, letenje, letenje zmajem, padobranstvo itd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.c	na putovanju u krizna područja, trope ili sudjelujući u ekspedicijama? Ako DA, kojim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Planirate li pristupiti vojnim oružanim snagama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Bavite li se sportom? Ako DA, kojim i da li rekreativno, amaterski ili profesionalno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.a	Jeste li ikad boravili u nekoj izvaneuropskoj zemlji? Ako DA, gdje, kada, kako dugo, svrha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.b.	Planirate li u dogledno vrijeme boraviti u nekoj izvaneuropskoj zemlji više od 15 dana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Starost	Zdravstveno stanje, ako nije zdrav navesti oboljenje	Kada, kako dugo	Starost u trenutku smrti ukoliko je umro	Razlog smrti
majka					
otac					
braća/sestre					

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 osigurateljskih pokrivača molimo Vas da se obratite svojem 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

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 mjestu 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