

Obnova ugovora o osiguranju od  
posljedica nezgode broj

0 1 | | | | | | | | | |

Ugovaratelj osiguranja

Ime i prezime

Pošanski broj

Mjesto

Ulica, kućni broj

Telefon/faks/e-mail

Je li bilo promjena u zdravstvenom  
stanju osiguranika u odnosu na  
zdravstveno stanje navedeno na  
ponudi na temelju koje je ugovoreno  
osiguranje od posljedica nezgode?

da  ne

Ako je odgovor "da", molimo naznačite o kojim je promjenama riječ te priložite kompletnu medicinsku dokumentaciju.

Je li bilo drugih promjena koje bi  
utjecale na određivanje visine premije  
(pristupna dob djeteta, broj  
osiguranika, razred opasnosti ili neke  
druge promjene)?

da  ne

Ako je odgovor "da", molimo naznačite o kojim je promjenama riječ.

Postoje li bilo kakve promjene u  
odnosu na podatke dostavljene na  
ponudi na temelju kojih je bilo  
ugovoreno osiguranje od posljedica  
nezgode?

da  ne

Ako je odgovor "da", molimo naznačite o kakvim je promjenama riječ.

Molimo da uz ovaj obrazac priložite uplatnicu pozivajući se na broj ugovora o osiguranju po kojem se osiguranje obnavlja, te zahtjev dostavite u našu kuću najkasnije osam dana prije isteka ugovora o osiguranju koji želite obnoviti.

Uz ovaj zahtjev nisu ugovoreni nikakvi popratni usmeni dogovori. Uz ovaj zahtjev ostajem vezan osam dana od dana kojeg je osiguratelj zaprimio zahtjev, a ukoliko je potreban liječnički pregled, za vrijeme od trideset dana. Dobio/dobila sam važeće Opće uvjete osiguranja od posljedica nezgode i posebne uvjete osiguranja te sam upoznat sa istima.

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i u cijelosti jer u suprotnom osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora o osiguranju. Ovaj upitni list je sastavni dio ugovora o osiguranju.

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis suradnika/zastupnika

Potpis osigurane (osiguranih) osobe

Suradnički/zastupnički broj

Mjesto, datum