

ZAHTJEV ZA REAKTIVIRANJE POLICE

Izjavljujem da po polici životnog osiguranja broj _____ nemam nikakva potraživanja na osnovu dodatnog osiguranja od posljedica nesretnog slucaja od datuma storna – kapitalizacije (zaokružiti) do dana reaktiviranja police, te da se moje zdravstveno stanje nije promijenilo.

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Molimo Vas da na svako postavljeno pitanje odgovorite u potpunosti.

1.) Da li ste od potpisivanja ponude za osiguranje do danas:

a) bolovali ili sad bolujete od neke bolesti, doživjeli povredu?

da ne

Ako da: Koja bolest ili povreda? Kada? _____

b) bili na operaciji, rehabilitaciji, banjskom liječenju?

da ne

Ako da: Koja? Kada? Gdje? _____

2.) Da li redovno konzumirate alkohol, nikotin, drogu ili medikamente?

da ne

Ako da: Šta? Koliko? _____

3.) Da li ste na poslu, prilikom bavljenja sportom ili u slobodno vrijeme izloženi posebnim opasnostima?

da ne

Ako da: Kojim? _____

4.) Da li ste kod nekog drugog društva bili odbijeni da zaključite ugovor o osiguranju života?

da ne

Ako da: Koje (razlog odbijanja i visina osigurane sume)? _____

5.) Molimo Vas da navedete svoju visinu i težinu:

Visina _____cm

Težina _____kg

6.) Ime, prezime i tačna adresa ljekara ili ustanove kod koje ste bili na liječenju ili se sad liječite na osnovu gore postavljenih pitanja na koje ste odgovorili sa DA:

Svojim potpisom potvrđujem da sam u potpunosti i istinito odgovorio na postavljena pitanja. Svjestan sam da, ako sam nepotpuno ili lažno odgovorio na pitanja, GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo nema obavezu da isplati naknadu po eventualnom osiguranom slučaju.

.....
Mjesto i datum

M.P.

.....
Potpis ugovarača

.....
Potpis osiguranika