

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, doživljeli 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:

Visinacm

Težinakg

6.) Ime, prezime i tačna adresa ljekara ili ustanove kod koje ste bili na liječenju ili se sad liječite:

*Potvrđujem svojim potpisom da sam u potpunosti i istinito odgovorila/o na postavljena pitanja.
Svjesna/tan sam da ako sam nepotpuno ili lažno odgovorila/o na pitanja,
GRAWE osiguranje nema obavezu da isplati naknadu po eventualnom osiguranom slučaju.*

Mjesto i datum

M.P.

Potpis osiguranika