



## 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:

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“:
- .....

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