



**GRAWE**  
osiguranje d.d.

## ZAHTJEV ZA REAKTIVIRANJE POLICE

Izjavljujem da po polici životnog osiguranja broj \_\_\_\_\_ nemam nikakva potraživanja na osnovu dodatnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja 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, 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“:

---

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 osiguranika