

**ZAHTJEV ZA OBNOVU POLICE OSIGURANJA ŽIVOTA**

PODRUŽNICA \_\_\_\_\_

broj \_\_\_\_\_

**UGOVARATELJ OSIGURANJA**

Ime i prezime / Naziv tvrtke ili obrta

MBG/MB/OIB

Adresa:

Telefon:

**PRVA OSIGURANA OSOBA**

Ime i prezime

MBG/MB/OIB

Adresa:

Telefon:

**DRUGA OSIGURANA OSOBA**

Ime i prezime

MBG/MB/OIB

Adresa:

Telefon:

Ovo osiguranje želim obnoviti prema odredbama uvjeta osiguranja po kojima je osiguranje bilo sklopljeno. U slučaju obnove osiguranja odmah ću:

- Platiti tekuću premiju i sve neplaćene dospelje premije za mjesece \_\_\_\_\_, što iznosi \_\_\_\_\_ kn.
- Platiti tekuću premiju bez plaćanja do sada dospelje premije (ova varijanta vrijedi samo za police investicijskog životnog osiguranja te police mješovitog životnog osiguranja s oznakom 44 ako se obnova radi nakon 6 mjeseci od pada police u storno). Ako na takav način obnavljam policu s oznakom 44 odlučujem se za:
  - Preračunavanje osiguranih iznosa i premija, na način da osigurani iznos ostaje nepromijenjen, a mjesečna premija se povećava na \_\_\_\_\_ EUR.
  - Preračunom osiguranog iznosa i premije, na način da se premija ne mijenja, a osigurani iznos se smanjuje na \_\_\_\_\_ EUR.

Bilo kakve uplate izvršene prije odluke osiguravatelja o obnovi osiguranja uzimaju se u obzir kao plaćanje premije, samo ako je osiguranje obnovljeno, u suprotnom se uplate u cijelosti vraćaju.

**IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA:**

- a) Upoznat sam sa činjenicom da jamstvo osiguratelja koje proistječe iz obnovljenog osiguranja počinje tek nakon njegovog pisanog pristanka, pod uvjetom da su plaćene sve do tog dana dospelje premije (ovaj dio izjave ne vrijedi za police koje se mogu obnoviti bez plaćanja dospelje premije), uključujući tekuću premiju i da je zdravstveno stanje osobe nepromijenjeno od trenutka sklapanja osiguranja.
- b) U slučaju da je od prestanka jamstva prošlo više od tri mjeseca, dozvoljavam da se iznova odredi osigurani iznos za dnevnu naknadu, uz nepromijenjenu visinu premije, a po cjeniku za dodatno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja kojeg osiguravatelj koristi za sklapanje ovih osiguranja.

Ako je zahtjev za obnovu osiguranja ispostavljen tri mjeseca nakon prestanka jamstva osiguravatelja odgovorite na sljedeća pitanja o zdravstvenom stanju:

	1. Osiguranik		2. Osiguranik	
	DA	NE	DA	NE
a) da li se od sklapanja ovog osiguranja Vaše zdravstveno stanje promijenilo na lošije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) da li ste nakon sklapanja ovog osiguranja bili na pregledu, liječenju, operaciji u bolnici, specijalističkoj ordinaciji, ambulanti, klinici, poliklinici? Jesu li Vam liječnici savjetovali specijalistički pregled, liječenje, operaciju? Namjeravate li u budućnosti na specijalistički pregled, liječenje, operaciju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Imate li ili ste imali kakvu bolest ili probleme povezane s kardiovaskularnim sustavom, živčanim sustavom, psihičkim smetnjama, probavnim sustavom, urinarnim sustavom, spolnim organima, mišićno-koštanim sustavom, vidom, sluhom, dišnim organima ili bilo kakvom drugom bolešću?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jeste li imali neku tjelesnu ozljedu nakon sklapanja osiguranja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalniji odgovori na pitanja odgovorena sa DA:

Osiguranik	

Potpisi:

Prvi osiguranik	
Drugi osiguranik	
Ugovaratelj	

Mjesto i datum:

POPUNJAVA TRIGLAV OSIGURANJE d.d.

Datum zaprimanja zahtjeva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis osobe koja je preuzela zahtjev

PREDMET RIJEŠEN:  DA  NE

NAPOMENA:

--

\_\_\_\_\_  
Potpis odgovorne osobe za prihvata u osiguranje