

ЗАХТЈЕВ ЗА ИЗМЈЕНУ ОСИГУРАНИКА

УГОВАРАЧ ОСИГУРАЊА (назив правног лица): _____

БРОЈ ПОЛИСЕ: _____

Подаци о новом осигуранику

Име и презиме: _____

ЈМБ: _____

Посао који осигураник тренутно обавља: _____

Адреса: _____

Број телефона: _____

Питања за осигураника

1. Да ли имате или сте имали закључена нека друга осигурања? да не
Врста осигурања _____ Друштво за осигурање _____ Број полисе _____
2. Да ли сте на послу изложени посебним опасностима(зрачење, рад са експлозивним тварима, задржавање у опасним подручјима и сл.)? да не
Којим? _____
3. Да ли се организовано бавите спортом? да не
Која врста спорта? _____
4. Да ли управљате једрилицом или моторном летјелицом? да не
5. Да ли се бавите опасним спортовима(нпр. роњење, падобранство, змајарство, алпинизам, мотокрос, ...)? да не
Којим? _____
6. Да ли сте пребољели теже болести, имали повреде, били на операцији? да не
7. Да ли сте били на лијечењу у болници, гљечилишту или на рехабилитацији? да не
8. Да ли сте се лијечили радиоактивним зрачењем? да не
9. Да ли сте тренутно болесни или повријеђени? да не
Наведите податке о постојећим болестима(тешкоћама) или повредама (срце, плућа, желудац, јетра, бубрези, живци, душевне болести, рак, инвалидности, шећерна болест, крвни притисак,...)

10. Да ли редовно:
- пијете алкохол, да не Колико дневно? _____
- пушите, да не Колико дневно? _____
- узимате дрогу, да не
- користите лијекове? да не Колико дневно? _____ Назив лијека? _____
11. Ваша висина: _____ цм
Ваша тежина: _____ цм
12. Име, презиме и адреса Вашег гљекара и назив установе: _____

Мјесто и датум

Потпис и печат уговарача осигурања

Потпис осигураника