

Wiener Stadtische životno osiguranje a.d.Podgorica
Rimski Trg 47, 81000 Podgorica
Telefon: 020/205-150



ZAHTJEV ZA UGOVARANJE DOPUNSKOG OSIGURANJA LICA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (U1 - U6)

Molim Vas da mi se po polisi broj _____ odobri ugovaranje dopunskog osiguranja
lica od posljedica nesrećnog slučaja uz osiguranje života.

Ugovarač osiguranja JMBG

Osiguranik JMBG

Dopunsko osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja:

	GODIŠNJA PREMIJA U EUR	BOLNIČKI DAN U EUR	OSIGURANA SUMA U EUR
U1	25	6	9.062,50
U2	50	12	18.125,00
U3	75	18	27.187,50
U4	100	24	36.250,00
U5	61,45	15 30	22.000,00
U6	122,9	30	44.000,00

SPISAK POTREBNE DOKUMENTACIJE: 1. Fotokopija lične karte ugovarača

Pitanja za osiguranika:

1. Da li ste do sada imali zdravstvene smetnje, kada i koliko dugo (npr. maligni ili drugi tumori, srce, krvotok, organi za varenje, disanje, kosti, neurološke bolesti, psihijatrijske bolesti, jetra, bubrezi, mokraćni putevi, žlijezde, dijabetes, autoimune bolesti, polni organi, organi čula vida i sluha, akutne ili hronične zarazne bolesti i dr.)?

Da

Ne

Navedite bolesti

2. Da li ste do sada bili u bolnici, klinici ili nekom drugom mjestu radi liječenja, ispitivanja, bolesti ili nesrećnog slučaja?

Da

Ne

Navesti razlog

3. Da li se bavite sportom, uključujući i opasne sportove (ronjenje, padobranstvo, alpinizam, motokros i drugi ekstremni sportovi)?

Da

Ne

4. Da li redovno konzumirate:

Cigarete Da dnevna količina

Ne

Alkohol Da koju količinu i koliko često

Ne

Drogu Da dnevna količina

Ne

5. Da li ste HIV pozitivni?

Da

Ne

6. Da li ste liječeni hemoterapijom, radioterapijom ili imunoterapijom?

Da

Ne

7. Da li uzimate redovno lijekove. Ukoliko uzimate,navedite koje i dnevnu količinu?

Da

Ne

Navedite naziv lijeka i dnevna količina:

8. Da li ste do sada imali vrijednost krvnog pritiska van granica normale?

Da

Ne

Ukoliko jeste, navedite maksimalnu vrijednost mm Hg

9. Vaša visina i težina:

Visina cm Težina kg

10. Da li ste u ovom trenutku potpuno zdravi?

Da

Ne

Posebna izjava osiguranika

Potvrđujem:

- Da sam saglasan sa svim elementima zahtjeva
- Da su svi podaci i odgovori na pisana pitanja tačni
- Da sam upoznat sa posljedicama koje mogu nastati u slučaju da nisam dao potpune ili istinite odgovore
- Da sam upoznat sa Uslovima pod kojima zaključujem ovo osiguranje

Ovlašćujem:

- Predstavnike Wiener Stadtische životno osiguranje a.d.Podgorica da se mogu obratiti zdravstvenim ustanovama radi dobijanja informacija i dokumentacije o mom zdravstvenom stanju
- Zdravstvene ustanove da bez moje dodatne saglasnosti predstavnicima Wiener Stadtische životno osiguranje a.d.Podgorica mogu dati traženu dokumentaciju, podatke i informacije

mjesto i datum

potpis ovlašćenog lica

potpis ugovarača

potpis osiguranika