

Zahtjev za obnovu ugovora o osiguranju života

Svi niže traženi podaci nužni su nam za ispunjenje vašeg zahtjeva ili naše odveze prema Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, CRS, FATCA ili druge zakonske obveze. Molimo vas da navedete točne podatke, a sve promjene ćemo evidentirati u našem sustavu. Više informacija o prikupljanju i obradi vaših osobnih podataka možete pronaći na www.allianz.hr.

Broj police: _____

Ugovaratelj osiguranja 1. osiguranik Je li ugovaratelj ujedno i osiguranik? da ne

Ime i prezime/Naziv tvrtke _____

Datum rođenja _____ Spol m ž Državljanstvo/a _____

OIB _____ Mjesto i država rođenja/sjedišta _____

Ulica i kućni broj _____

Poštanski broj i mjesto _____

Telefon Pozivni broj države _____ Broj telefona _____

GSM/Fax Pozivni broj države _____ Broj _____ E-mail _____

Identifikacijska isprava osobna iskaznica putovnica izvadak iz sudskog registra ostalo _____ Vrijedi do _____

Broj identifikacijske isprave _____ Izdavatelj isprave _____

Zaposlen da ne Sadašnje zanimanje (Što točno radite? Čime se bavite?) _____

* pušač nepušač

Izjava ugovaratelja o državi u kojoj je porezni obveznik:

Republika Hrvatska Ostale države _____ Porezni broj(evi) _____

Izjava ugovaratelja u svrhu provođenja mjera sprječavanja pranja novca (popunjava samo ugovaratelj fizička osoba)

1. Koji je Vaš izvor sredstava za uplatu premije?

- redovna primanja (plaća) mirovina nasljeđe kapitalna dobit (dividenda, prodaja dionica - vlasničkih udjela, itd.)
 nešto drugo _____

2. Jeste li politički izložena osoba? da ne

(Kod potvrdnog odgovora obavezno priložiti popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe.)

Upitnik je dostupan na linku <https://www.allianz.hr/privatni-korisnici/obrasci>

Politički izložena osoba je svaka fizička osoba koja djeluje ili je u proteklih najmanje 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti u državi članici ili trećoj državi, uključujući i članove njezine uže obitelji i osobe za koje je poznato da su bliski suradnici politički izložene osobe sukladno članku 46. Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma.

Osiguranik 2. osiguranik

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____ Spol m ž Državljanstvo/a _____

OIB _____ Mjesto i država rođenja _____

Ulica i kućni broj _____

Poštanski broj i mjesto _____

Telefon Pozivni broj države _____ Broj telefona _____

GSM/Fax Pozivni broj države _____ Broj _____ E-mail _____

Identifikacijska isprava osobna iskaznica putovnica izvadak iz sudskog registra ostalo _____ Vrijedi do _____

Broj identifikacijske isprave _____ Izdavatelj isprave _____

Zaposlen da ne Sadašnje zanimanje (Što točno radite? Čime se bavite?) _____

* pušač nepušač

*popunjava se za obnovu police Allianz Riziko osiguranja.

Ugovor o osiguranju koji je prestao vrijediti može se obnoviti na pisani zahtjev ugovaratelja osiguranja najkasnije u roku od 6 (šest) mjeseci od isteka mjeseca za koji je plaćena posljednja premija ukoliko nije bilo promjene segmentacije rizika vezano uz status osiguranika pušača ili nepušača.

Napomene:

Za obnovu ugovora o osiguranju potrebno je uplatiti iznos dužne premije za glavno pokriće, a kako biste saznali točan iznos istog molimo nazovite naš Kontakt centar na broj telefona 072 100 001.

Uz ovaj Zahtjev obavezno je popuniti Izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika pod rednim brojem 1.1. Iznimno od navedenog, prilikom obnove dječjeg osiguranja "Tigar Teo" ukoliko su na polici ugovorena dopunska osiguranja dovoljno je popuniti Izjavu o zdravstvenom stanju osiguranika pod rednim brojem 1.2.

1.1. Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika

- | | 1. osiguranik | 2. osiguranik |
|---|---|---|
| 1. Osjećate li se sada zdravim? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 2. Jeste li bolovali ili sada bolujete od neke bolesti: živčanog sustava, srca i krvotoka, žlijezda, osjetilnih, dišnih, probavnih, mokraćnih ili drugih organa, te drugih bolesti (npr. šećerna bolest, krvni tlak, rak, HIV pozitivan)? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 3. Imate li zdravstvene tegobe srca, pluća, jetre, gušterače, bubrega, prostate, spolnih organa, probavnog sustava, štitnjače, zglobovno koštanog sustava, kralježnice? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 4. Imate li povišen šećer, povišeni kolesterol, povišene trigliceride, sniženu ili povišenu vrijednost krvnih stanica, povišen tlak? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 5. Jeste li imali ili imate neku bolest koja nije prethodno spomenuta? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 6. Jeste li ikada bili operirani ili liječeni u bolnici? Ako DA navedite razlog i rezultate. _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 7. Imate li sada predviđenu operaciju? Ako DA navedite razlog. _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 8. Jeste li u zadnjih 5 godina bili na bolovanju dužem od 4 tjedna? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 9. Jeste li bili kod liječnika opće prakse ili specijaliste u zadnjih godinu dana? Ako DA, navedite razlog i rezultate. | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 10. Jeste li bili na specijalnim pretragama u zadnjih godinu dana (npr. RTG, EKG, CT, NMR, EEG, endoskopija, HIV test, krvni tlak)? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 11. Jeste li pretrpjeli kakvu nesreću? Ako DA navedite koju i kada? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 12. Imate li urođenu manu, tjelesni deformitet ili posljedicu nastalu zbog bolesti odnosno ozljede? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 13. Jeste li ikada podnijeli zahtjev za utvrđivanje invaliditeta, primanjem invalidske mirovine ili kompenzacije zbog nesretnog slučaja, nesposobnosti za rad ili bolesti? | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 14. Je li Vaša radna sposobnost trenutno ograničena? Ako DA navedite razlog. _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 15. Uzimate li ili ste uzimali redovito lijekove? Ako DA, koje? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 16. Visina? Težina? | ____ cm ____ kg | ____ cm ____ kg |

Zdravstveno stanje**

- | | | |
|--|---|---|
| 17. Jeste li u svojem zanimanju izvrtni posebnim opasnostima (npr. rad s eksplozivnim tvarima, zračenja, zadržavanja u opasnim područjima i sl.)? Ako DA, navedite kojim? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 18. Bavite li se nekim od sportova? Ako DA, navedite kojim i bavite li se rekreativno, amaterski ili profesionalno? (Za amatersko i profesionalno bavljenje sportom molimo navesti puni naziv sportskog društva.)
_____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |

Zanimanje i sport

- | | | |
|---|---|---|
| 19. Pušite li? Ako DA, koliko cigareta dnevno? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |
| 20. Jeste li ikada redovito konzumirali ili sada redovno konzumirate alkohol ili narkotike, sredstva za umirenje? Ako DA, koje? _____ | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |

Ostalo

** za odgovor DA, osim na 1. pitanje, molimo priložite i medicinsku dokumentaciju

1.2. Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika - djeteta

1. Boluje li Vaše dijete ili je bolovalo od bilo koje nasljedne ili prirodne bolesti, srčane bolesti, kronične bolesti dišnih putova, bolesti jetre, kronične bolesti probavnih organa, kronične bubrežne bolesti, bolesti živčanog sustava, šećerne bolesti ili neke druge kronične bolesti uključujući i maligne bolesti te postoje li kod djeteta, prema Vašem znanju, tjelesni ili duševni nedostaci? Ako DA, dostaviti detaljno objašnjenje ili medicinsku dokumentaciju. da ne

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su svi podaci navedeni u ovom Zahtjevu potpuni i istiniti.

Potpisi

Potpis ugovaratelja osiguranja i osiguranika (ako su ugovaratelj i osiguranik različite osobe) na ovom Zahtjevu je obavezan, a potpisana ponuda, policica, uvjeti osiguranja te svi dodaci ponudi odnosno polici čine ugovor o osiguranju.

Ugovaratelj osiguranja/ M.P /1. Osiguranik

2. Osiguranik/Zakonski zastupnik

Mjesto i datum
