

## Zahtjev za promjenu ugovora o životnom osiguranju

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](http://www.allianz.hr).

Broj police: \_\_\_\_\_ Promjenu želim od datuma: \_\_\_\_\_

Podaci o podnositelju zahtjeva:  Ugovaratelj  Osiguranik/2. Osiguranik po MZ polici

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 \_\_\_\_\_

### 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/obraci>

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.

### Zanimanje osiguranika

1. osiguranik: zaposlen  da  ne sadašnje zanimanje (Što točno radite? Čime se bavite?)\* \_\_\_\_\_

2. osiguranik: zaposlen  da  ne sadašnje zanimanje (Što točno radite? Čime se bavite?)\* \_\_\_\_\_

\*Ukoliko se upisani podatak o zanimanju osiguranika razlikuje od podatka o zanimanju koji je do sada poznat osiguratelju, smatrat će se da je zanimanje promijenjeno i novo zanimanje će se uzeti u obzir kod izračuna premije.

### I PROMJENE POLICE

Zakružite redni broj ispred promjene zbog koje podnosite ovaj zahtjev. Ispunite potrebne podatke i uz zahtjev dostavite izvornik police.

#### 1. Ugovaratelja osiguranja

promjena ugovaratelja

promjena podataka o ugovaratelju

#### Promijenjeni podatak

Ime i prezime/ Naziv tvrtke \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

Mjesto i država rođenja/sjedišta \_\_\_\_\_

Spol  m  ž Državljanstvo/a \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon Pozivni broj države \_\_\_\_\_ Broj telefona \_\_\_\_\_

GSM/Fax Pozivni broj države \_\_\_\_\_ Broj \_\_\_\_\_

Identifikacijska isprava  osobna iskaznica  putovnica  izvadak iz sudskog registra  ostalo \_\_\_\_\_

Vrijedi do \_\_\_\_\_ Broj identifikacijske isprave \_\_\_\_\_ Izdavatelj isprave \_\_\_\_\_

### Izjava novog 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/obraci>

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.



2.2. Dopunsko osiguranje za slučaj smrti i loma kostiju uslijed nesretnog slučaja (nezgode) s DNK analizom "NutriFit"  sklapanje  otkazivanje (Cjenik AD 30)

Ugovorena svota za slučaj smrti uslijed nezgode 30.000 EUR Trajanje osiguranja: \_\_\_\_\_ godina  
Ugovorena svota za lom kostiju uslijed nezgode 300 EUR Upisuje se ako je dopunsko osiguranje ugovoreno uz Allianz Prospekt višekratni.

Napomena: Allianz "NutriFit" se ugovara uz višekratno osiguranje života, Allianz Prospekt višekratni i Allianz Riziko. Prilikom zaključenja obavezno se dostavlja i podatak o zanimanju osiguranika.

2.3. Dopunsko osiguranje za slučaj smrti uslijed nezgode (Cjenik AD10)  otkazivanje

2.4. Dopunsko osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed nesretnog slučaja (Cjenik HAP1)  otkazivanje

2.5. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka teške bolesti (TB5U, TBZ5U)  sklapanje  promjena  otkazivanje

Nova ugovorena svota: \_\_\_\_\_ EUR ili godišnja premija: \_\_\_\_\_ EUR Trajanje osiguranja: \_\_\_\_\_ godina  
Napomena: Ugovara se uz Osiguranje za slučaj smrti i doživljenja, cjenici M i MZ, te za Allianz Riziko višekratni i Allianz Prospekt višekratni kao samostalno dopunsko pokrivanje. Kod zaključenja novog osiguranja ili povećanja ugovorene svote, obavezno se popunjava Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika pod brojem 3.1. Upisuje se ako je dopunsko osiguranje ugovoreno uz Allianz Prospekt višekratni.

2.6. Dopunsko osiguranje za osiguranika djeteta  sklapanje  promjena  otkazivanje

Trajanje osiguranja: \_\_\_\_\_ godina (Upisuje se ako je dopunsko osiguranje ugovoreno uz Allianz Prospekt višekratni.)

	<input type="checkbox"/> Paket Brzi Teo	<input type="checkbox"/> Paket Snažni Teo	<input type="checkbox"/> Paket Hrabri Teo
Lom kostiju uslijed nezgode - cjenik DJLK02	200 EUR	200 EUR	200 EUR
Dnevna naknada za liječenje u bolnici uslijed nezgode ili bolesti - cjenik DJNK02	15 EUR	15 EUR	15 EUR
Dnevna naknada za neophodnu kućnu njegu djeteta - cjenik DJKN02	-	15 EUR	15 EUR
Teške bolesti - cjenik DJTB03	-	-	10.000 EUR

Napomena: Ugovara se uz Dječje osiguranje Tigar Teo i Allianz Prospekt višekratni. Kod zaključenja novog osiguranja ili povećanja ugovorene svote, obavezno se popunjava Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika pod brojem 3.2.

2.7. Osiguranje za slučaj smrti ugovaratelja (Cjenik SDJU03)  sklapanje  otkazivanje

Nova ugovorena svota: \_\_\_\_\_ EUR ili godišnja premija: \_\_\_\_\_ EUR

Korisnik osiguranja za slučaj smrti ugovaratelja \_\_\_\_\_

Napomena: Ugovara se uz Dječje osiguranje Tigar Teo. Kod zaključenja novog osiguranja obavezno se popunjava Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika pod brojem 3.1. te određuje korisnik osiguranja za slučaj smrti ugovaratelja.

2.8. Dopunska osiguranja u sklopu Allianz Život, Allianz Riziko višekratni i Allianz Prospekt višekratni  sklapanje  promjena  otkazivanje

Trajanje osiguranja: \_\_\_\_\_ godina (Upisuje se ako je dopunsko osiguranje ugovoreno uz Allianz Prospekt višekratni.)

	Visina pokrivača (odabrati)			
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> Paket A (Cjenik DN91)				
Dopunsko osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja				
Osnovica za trajni invaliditet	10.000 EUR	20.000 EUR	40.000 EUR	60.000 EUR
100% trajni invaliditet	20.000 EUR	40.000 EUR	80.000 EUR	120.000 EUR
Dnevna naknada za liječenje u bolnici uslijed nezgode	5 EUR	10 EUR	20 EUR	30 EUR
<input type="checkbox"/> Paket Z				
Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka teške bolesti (uže pokrivače: tumor, srčani infarkt, moždani udar) Cjenici: TB5U-U, TBZ5U-U	5.000 EUR	10.000 EUR	20.000 EUR	30.000 EUR
Dopunsko osiguranje dnevne naknade za liječenje u bolnici uslijed bolesti (Cjenik BD1U)	5 EUR	10 EUR	20 EUR	30 EUR

Napomena: Ugovara se uz Osiguranje za slučaj smrti i doživljenja isključivo uz proizvod Allianz Život, Allianz Riziko višekratni i Allianz Prospekt višekratni. Kod zaključenja novog osiguranja ili povećanja ugovorene svote za Paket Z, obavezno se popunjava Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika pod brojem 3.1. Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika se ne treba popunjavati ukoliko se zaključuje/mijenja Paket A, no obavezan je podatak o zanimanju osiguranika.

3. Izjave

3.1. 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, osjetljivih, 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, zglobno 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 |

Zdravstveno stanje	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	
Zanimanje i sport	17. Jeste li u svojem zanimanju izvrgnuti 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
Ostalo	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

### 3.2. Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika - djeteta

1. Boluje li Vaše dijete ili je bolovalo od bilo koje nasljedne ili prirodene 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.

Iznimka: potpis osiguranika nije obavezan ukoliko se mijenjaju osobni podaci ugovaratelja osiguranja te način i dinamika plaćanja premije.

Ugovaratelj osiguranja/ M.P /1. Osiguranik

2. Osiguranik/Zakonski zastupnik

Mjesto i datum

\_\_\_\_\_