

Zahtjev za promjenu dopunskih osiguranja od posljedica nesretnog slučaja

ZT-TA19-036-1

1. BROJ POLICE		Početak osigurateljne godine 01. ____ . ____ .																
2. UGOVARATELJ																		
Ime i prezime		OIB																
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto																
Politički izložena osoba* DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Rezident Republike Hrvatske DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ako ne molimo navedite državu i porezni broj: _____																	
3. OSIGURANIK																		
Ime i prezime		OIB																
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto																
Datum rođenja	Zanimanje ¹	Sporedno zanimanje ¹																
4. DOPUNSKO OSIGURANJE OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA																		
Molimo Vas da unesete osigurane iznose kako želite da budu vrijednosti nakon promjene. Želim <input type="checkbox"/> ugovoriti <input type="checkbox"/> promijeniti <input type="checkbox"/> ukinuti																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Osigurani iznosi²</th> <th>Premija</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Smrt zbog nesretnog slučaja</td> <td>EUR</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle; text-align: center;">EUR</td> </tr> <tr> <td>Smrt uslijed prometne nezgode</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Trajni invaliditet</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>S-Invaliditet</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Dnevna naknada</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Prijelom kosti³</td> <td>DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Osigurani iznosi ²	Premija	Smrt zbog nesretnog slučaja	EUR	EUR	Smrt uslijed prometne nezgode	EUR	Trajni invaliditet	EUR	S-Invaliditet	EUR	Dnevna naknada	EUR	Prijelom kosti ³	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	Osigurani iznosi ²	Premija																
Smrt zbog nesretnog slučaja	EUR	EUR																
Smrt uslijed prometne nezgode	EUR																	
Trajni invaliditet	EUR																	
S-Invaliditet	EUR																	
Dnevna naknada	EUR																	
Prijelom kosti ³	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>																	

¹ 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.

² Obavezan unos osiguranog iznosa.

³ Naknada za prijelom kosti iznosi 300 EUR, a uvjet za ugovaranje je ugovoren trajni invaliditet i S-invaliditet u iznosu najmanje 10.000 EUR i Dnevna naknada za boravak u bolnici radi posljedica nesretnog slučaja u iznosu najmanje 5 EUR/dan

Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik odgovorno izjavljuje i potvrđuje potpisom na ovoj ponudi:

Dužnost obavještanja o promjeni rizika: Obvezujem se da ću bez odgađanja pismeno obavijestiti Wüstenrot životno osiguranje d.d. o svakoj promjeni podataka odnosno okolnosti koja može biti značajna za ocjenu rizika, a posebno ako je rizik povećan nekim mojim postupkom. Ako se povećanje rizika dogodilo bez mog sudjelovanja, upoznat/a sam s dužnošću obavještanja Wüstenrot životnog osiguranja d.d. o povećanju rizika, tj. o podatku, odnosno o okolnosti koja može utjecati na povećanje rizika, i to u roku od četrnaest dana otkada sam za to saznao/la.

Odobrenje Wüstenrot životnom osiguranju d.d. da prikuplja podatke i oslobodjenje od čuvanja profesionalne tajne: Ovlašćujem Wüstenrot životno osiguranje d.d. da po svojoj ocjeni prikuplja sve podatke odnosno obavijesti koje smatra potrebnima u vezi s ovim zahtjevom i oslobađam sve upitane liječnike zaposlene u zdravstvenim ustanovama ili u privatnoj praksi te zdravstvene ustanove i državna tijela koja mogu imati podatke značajne za ocjenu rizika, od obveze da čuvaju kao profesionalnu tajnu podatke o mojem zdravstvenom stanju za trajanja mog života i nakon moje smrti.

Izjava da je Wüstenrot životno osiguranje d.d. obavijestilo osiguranika odnosno ugovaratelja osiguranja da su Uvjeti za ugovorena osiguranja sastavni dio ugovora o osiguranju, i to Dopunski uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja uz osiguranje života DU-WZ11-003-2, koji su objavljeni na web stranici www.wuestenrot-osiguranje.hr/UserDocs/Images/pdf/DU-WZ11-003-2-Dopunski_uvjeti.pdf

Odobrenje Wüstenrot životnom osiguranju d.d. za korištenje podataka: Svojim potpisom dajem izričitu suglasnost Wüstenrot životnom osiguranju d.d. da dane podatke može koristiti u skladu s važećim Zakonom o zaštiti osobnih podataka te u svrhu informiranja o novostima iz svoje ponude, proizvodima i specijalnim ponudama, kao i o novostima, proizvodima i ponudama svoje partnerske tvrtke, Wüstenrot stambene štedionice d.d. Upoznat/a sam da ovdje danu suglasnost mogu pisanim putem (e-mailom, poštom ili telefaksom) opozvati u bilo kojem trenutku.

Ugovaratelj osiguranja odgovorno izjavljuje i potvrđuje potpisom na ovom zahtjevu da je pročitao/la i razumio/jela Dopunske uvjete za osiguranje osoba i, ako je ugovoreno, **Tablicu za određivanje postotka trajnog invaliditeta osiguranika,** te da pristaje na njegovu primjenu.

Ovaj zahtjev je sastavni dio Ugovora o osiguranju života. Potpisi ugovaratelja osiguranja na zahtjevu smatrat će se potpisom ugovaratelja osiguranja na polici.

Potpis ugovaratelja (i pečat za pravne osobe)	Potpis osiguranika	Mjesto i datum podnošenja zahtjeva
---	--------------------	------------------------------------