

1. BROJ POLICE		Obnovu želim od datuma (datum s kojim jer polica raskinuta/kapitalizirana) 01. _____ 20_____	
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 <sup>1</sup>	Sporedno zanimanje <sup>1</sup>	
4. DOPUNSKO OSIGURANJE OD POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA (ukoliko je bilo ugovoreno prije raskida/kapitalizacije) Molimo označiti!			
<input type="checkbox"/> da, želim obnoviti dopunska osiguranja od posljedica nesretnog slučaja prema ugovorenim pokrićima i osiguranim iznosima prije raskida/kapitalizacije ugovora			
5. DOPUNSKO OSIGURANJE OD NASTANKA KRITIČNE BOLESTI ILI STANJA (ukoliko je bilo ugovoreno prije raskida/kapitalizacije) Molimo označiti!			
<input type="checkbox"/> da, želim obnoviti dopunsko osiguranja od nastanka kritične bolesti ili stanja prema ugovorenom paketu i osiguranim iznosima prije raskida/kapitalizacije ugovora			
6. VINKULACIJA Molimo označiti!			
<input type="checkbox"/> da, želim obnoviti vinkulaciju u korist:			
Naziv banke, adresa			
do visine neotplaćenog dijela kredita, pripadajućih kamata i troškova iz Ugovora o kreditu, odnosno do iznosa: _____, za vrijeme od _____ do _____.			
6. IZJAVA			
Kao ugovaratelj osiguranja neopozivo izjavljujem, a time sebe obvezujem u slučaju da postoje osobe koje bi temeljem police osiguranja života imale namjeru ostvariti bilo kakvu naknadu izvan pravila i uvjeta o životnom osiguranju, da u vremenskom razdoblju od datuma do kada je plaćena posljednja premija za policu osiguranja po kojoj sam ugovorio osiguranje života osiguranika, do dana kada će polica životnog osiguranja biti ponovo važeća temeljem uplate svih dospjelih, a neplaćenih premija, nisu promijenjene okolnosti pod kojima je ugovor sklopljen, niti se dogodio štetni događaj koji bi bio temelj za potraživanje bilo kakve naknade po navedenoj polici, te molim obnovu gore navedenog ugovora o osiguranju života.			
<small><sup>1</sup> 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.</small>			
<b>Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik odgovorno izjavljuje i potvrđuje potpisom na ovom zahtjevu:</b> Wüstenrot životno osiguranje d.d. prikuplja, obrađuje i koristi osobne podatke u zakonite svrhe sukladno načelima i zakonskim odredbama obrade osobnih podataka. Podaci prikupljeni ovim obrascem koristit će se u skladu sa zakonskim odredbama o zaštiti osobnih podataka i čuvat će se u rokovima određenim svrhom obrade, zakonskim odredbama i propisima. Informacije o obradi Vaših osobnih podataka možete pronaći na <a href="http://www.wuestenrot-osiguranje.hr">www.wuestenrot-osiguranje.hr</a> / Zašita osobnih podataka.			
<small>Ovaj zahtjev je sastavni dio Ugovora o osiguranju života. Potpisi ugovaratelja osiguranja na zahtjevu smatrat će se potpisom ugovaratelja osiguranja na polici.</small>			
<b>Uz zahtjev, molimo vas da dostavite i sljedeće dokumente:</b> presliku osobne iskaznice, dokaz o uplati premije te, ako je od datuma raskida proteklo više od 6 mjeseci, i <b>Upitnik o zdravstvenom stanju.</b>			
Potpis ugovaratelja (i pečat za pravne osobe)		Potpis osiguranika	Mjesto i datum podnošenja zahtjeva