PRIJAVA IZMJENE PODATAKA NA UGOVORU O OSIGURANJU

Tehničke promjene

VIENNA INSURANCE GROUP

Broj ugovora o osiguranju _____

Molimo da čitko popunite samo sekciju koja se odnosi na vaš zahtjev. Na jednom obrascu popunite samo jednu sekciju, u protivnom će se svi zahtjevi smatrati nevažećim

Email Ugovarača osiguranja _____

Broj telefona: _____ Broj mobitela: _____

Način dostave dokumentacije
(molimo popunite jednu od ponuđenih opcija)

☐ Korisničkim portalom

☐ Email-om

SEKCIJA 1

PROMJENA OSIGURANE SUME

Nova Osigurana suma će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog trajanja osiguranja i načina plaćanja.

Nova Osigurana suma će biti: _____ € uz zadržavanje trenutnog načina plaćanja i trajanje

od _____ osiguranja godina počevši od početka osiguranja naznačenog na ugovoru o osiguranju.

_____

Mjesto, Datum

Napomene: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne mijenja način plaćanja i:
- trajanje osiguranja, povećanje premije uslovljava povećanje osigurane sume i obratno
- osigurana suma, produženje trajanja osiguranja uslovljava smanjenje premije i obratno
- premija, produženje osiguranja uslovljava povećanje osigurane sume i obratno

SEKCIJA 2

PROMJENA TRAJANJA OSIGURANJA UZ ZADRŽAVANJE TRENUTNE OSIGURANE SUME I NAČINA PLAĆANJA

Novo trajanje osiguranja računavši od početka ugovora naznačenog na ugovoru o osiguranju: _____ godina

_____

Mjesto, Datum

Napomene: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne mijenja način plaćanja i:
- trajanje osiguranja, povećanje premije uslovljava povećanje osigurane sume i obratno
- osigurana suma, produženje trajanja osiguranja uslovljava smanjenje premije i obratno
- premija, produženje osiguranja uslovljava povećanje osigurane sume i obratno

SEKCIJA 3

PROMJENA PREMIJSKE RATE

Nova premijska rata će biti: _____ € ili _____ KM uz zadržavanje trenutnog trajanja osiguranja i načina plaćanja

Nova premijska rata će biti: _____ € ili _____ KM uz zadržavanje trenutnog načina plaćanja i trajanje osiguranja od _____ godina od početka osiguranja naznačenog na ugovoru o osiguranju.

_____

Mjesto, Datum

Napomene: Molimo klijente da posebno obrate pažnju da se pod uslovima da se ne mijenja način plaćanja i:
- trajanje osiguranja, povećanje premije uslovljava povećanje osigurane sume i obratno
- osigurana suma, produženje trajanja osiguranja uslovljava smanjenje premije i obratno
- premija, produženje osiguranja uslovljava povećanje osigurane sume i obratno

Napomene: Svi zahtjevi za promjene će se smatrati nevažećim u slučaju da se njihovo izvršavanje protivi uslovima osiguranja.
Posebno naglašavamo da preračunata osigurana suma ne smije biti manja od 50% prvobitno ugovorene osigurane sume niti u bilo kojem slučaju manja od 2000€, te da preračunata premija ne može imati premijsku ratu manju od 30KM. Naknada za promjenu ugovora će biti terećena na premijski konto ugovora u skladu sa važećim uslovima osiguranja i važećom tarifom.
Ukoliko uslovi osiguranja zahtijevaju, molimo da se obavi odgovarajući ljekarski pregled i dostavi dokumentacija.

PRIJAVA IZMJENE PODATAKA NA UGOVORU O OSIGURANJU
Tehničke promjene

VIENNA INSURANCE GROUP

SEKCIJA 4

PROMJENA OSIGURANIKA

Ime i prezime	JMBG	M	Ž

Pol

Broj pošte	Mjesto i država prebivališta	Državljanstvo

Ulica i kućni broj	Kontakt telefon	Zanimanje koje obavlja / djelatnost

Zaposlen-a kod	E-mail

Napomene: U slučaju promjene osiguranika izvršiti će se preračun premije uz zadržavanje postojeće osigurane sume, načina plaćanja, i trajanja osiguranja. Ako se trajanje osiguranja mora promijeniti kao posljedica primjene uslova osiguranja onda će biti smanjeno na maksimalno ili povećano na minimalno trajanje koje uslovi dozvoljavaju. Ukoliko preračunata premija pada ispod minimalne granice iskazane u uslovima osiguranja, premija/osigurana suma će biti povećane do minimalne granice prema uslovima osiguranja.

PITANJA ZA NOVOG OSIGURANIKA

ZDRAVSTVENI UPITNIK

1.* Jeste li potpuno zdravi? DA ☐ NE ☐
Ako NE molimo da priložite medicinsku dokumentaciju u vezi istog.
1.1. Jeste li potpuno sposobni za rad? DA ☐ NE ☐
Ako NE molimo da priložite medicinsku dokumentaciju u vezi istog.

2.* Je li Vam priznato tjelesno oštećenje ? DA ☐ NE ☐
Ukoliko DA, koliko i priložiti medicinsku dokumentaciju?

3.* Jeste li u posljednjih 10 godina bolovali ili bolujete od nekih teških bolesti /patoloških stanja kao što su: poremećaji i bolesna stanja srca i krvnih žila (srčani udar, bypass operacija srčanih arterija, srčana mana, aritmija, visok krvni pritisak i tome sl.) i kardiocirkulatornog sistema, moždani udar, šećerna bolest, operacija na mozgu, respiratorne bolesti (npr. astma, hronični bronhitis, embolija pluća), bolesti organa za varenje (želuca, crijeva, jetre, žuči, gušterače, bubrega), dobroćudni tumor mozga, maligno (kancerogeno) oboljenje, leukemija, zarazne bolesti (HIV i dr. zarazne bolesti), hronična infektivna bolest, oboljenja nervnog sistema (multipla skleroza, Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, epilepsija, paraliza, i tome sl.), mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (šizofrenija, mentalna zaostalost, PTSP i tome sl.), sljepoća, gluhoća, gubitak glasa i funkcije govora, i slične teške bolesti koje imaju za posljedicu značajan uticaj na način i dužinu života, kao i koja uzrokuju značajna i trajna oboljenja, bili podvrgnuti zahvatima ili Vam je to savjetovano? DA ☐ NE ☐
Ako DA, molimo da navedete informacije (dijagnozu bolesti/stanja, trajanje i sl.), te priložite medicinsku dokumentaciju, otpusno pismo, specijalističke nalaze u vezi istog.

4. Da li ste u posljednjih 5 godina bili liječeni više od 4 uzastopne nedjelje ili ste redovno odlazili na ljekarske kontrole ili ste bili odsutni sa posla više od 10 dana u posljednjih 12 mjeseci? Ako DA, molimo da navedete naziv bolesti, kada je dijagnosticirana, trajanje, trenutni status i priložite medicinsku dokumentaciju u vezi istog DA ☐ NE ☐

5.* Da li redovno uzimate lijekove? DA ☐ NE ☐
Ako DA, koje i koju dnevnu dozu iste?

6. Osnovni parametri

Visina u cm	
Težina u kg	
Prosječan broj cigareta dnevno	
Koliko često konzumirate alkohol	

7.* Naziv zdravstvene ustanove u kojoj se nalazi zdravstveni karton

8. Jeste li na radnom mjestu izloženi posebnim opasnostima (npr. rad na visini, zračenje, eksplozivne tvari, planinarenje, putovanja izvan Evrope osim turistički i sl.) DA ☐ NE ☐
Ako DA navesti koje.

9. Da li se bavite amaterski i/ili profesionalno sportom? DA ☐ NE ☐
Ako DA navesti kojim. Potrebno je navesti i način bavljenja sportom (amatersko/profesionalno) i vrstu sporta (boks, plivanje, planinarenje, ronjenje, učešće u auto moto trkama i sl.)
Rekreativno bavljenje sportom ne podrazumijeva ni amatersko ni profesionalno bavljenje sportom.

Amaterski | Profesionalno

10. Broj maloljetne djece u okviru domaćinstva

Mjesto, Datum

PRIJAVA IZMJENE PODATAKA NA UGOVORU O OSIGURANJU
Tehničke promjene

vienna osiguranje
VIENNA INSURANCE GROUP

SEKCIJA 5

ŽELIM DA NA MOJ UGOVOR O OSIGURANJU DODAM/PROMIJENIM OSIGURANJE OD POSLJEDICA NEZGODE PO PROGRAMU OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE

☐ Varijanta 1 - I razred opasnosti	**39,46 €**	Osnova za trajni invaliditet: 19.430€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 6€ Lom kosti: 100€ 100% invalidnost 29.145€
☐ Varijanta 1 - II razred opasnosti	**47,98 €**	
☐ Varijanta 1 - III razred opasnosti	**56,55 €**	
☐ Varijanta 2 - I razred opasnosti	**70,12 €**	Osnova za trajni invaliditet: 35.760€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 7€ Lom kosti: 200€ 100% invalidnost 53.640€
☐ Varijanta 2 - II razred opasnosti	**85,18 €**	
☐ Varijanta 2 - III razred opasnosti	**100,31 €**	
☐ Varijanta 3 - I razred opasnosti	**49,78 €**	Osnova za trajni invaliditet: 20.645€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 6€ Lom kosti: 100€ Troškovi liječenja: 100€ 100% invalidnost 51.612,50€
☐ Varijanta 3 - II razred opasnosti	**59,98 €**	
☐ Varijanta 3 - III razred opasnosti	**70,23 €**	
☐ Varijanta 4 - I razred opasnosti	**90,77 €**	Osnova za trajni invaliditet: 38.640€ Dnevna naknada za boravak u bolnici: 7€ Lom kosti: 200€ Troškovi liječenja: 200€ 100% invalidnost 96.600€
☐ Varijanta 4 - II razred opasnosti	**109,19 €**	
☐ Varijanta 4 - III razred opasnosti	**127,68 €**	

Doplata za povećani rizik

Premija u €

Korisnik osiguranja u slučaju nezgode (ime, prezime i datum rođenja):

Ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je upoznat sa relavantnim Uslovima osiguranja i sa Obavijesti Ugovaraču osiguranja o sklapanju ugovora i da su mu uručeni i/ili će mu biti dostavljeni putem kontakt adrese elektronske pošte (e-mail).

Mjesto, Datum

SEKCIJA 6

ŽELIM DA NA MOJ UGOVOR O OSIGURANJU DODAM OSIGURANJE ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA

Korisnik osiguranja u slučaju hirurške intervencije (ime, prezime i datum rođenja):

Doplata za povećani rizik

Osigurana suma u €

Premija u €

3.000	
5.000	
ostalo	

Ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je upoznat sa relavantnim Uslovima osiguranja i sa Obavijesti Ugovaraču osiguranja o sklapanju ugovora i da su mu uručeni i/ili će mu biti dostavljeni putem kontakt adrese elektronske pošte (e-mail).

Mjesto, Datum

SEKCIJA 7

ŽELIM DA NA MOJ UGOVOR O OSIGURANJU DODAM OSIGURANJE ZA SLUČAJ TEŠKIH BOLESTI

Korisnik osiguranja u slučaju teške bolesti (ime, prezime i datum rođenja):

Doplata za povećani rizik

Osigurana suma u €

Premija u €

Ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je upoznat sa relavantnim Uslovima osiguranja i sa Obavijesti Ugovaraču osiguranja o sklapanju ugovora i da su mu uručeni i/ili će mu biti dostavljeni putem kontakt adrese elektronske pošte (e-mail).

Mjesto, Datum

PRIJAVA IZMJENE PODATAKA NA UGOVORU O OSIGURANJU
Tehničke promjene

VIENNA INSURANCE GROUP

SEKCIJA 8

ŽELIM DA NA MOJ UGOVOR O OSIGURANJU VEZANO ZA INVESTICIJSKE FONDOVEDODAM DODATNU JEDNOKRATNU UPLATU PREMIJE OSIGURANJA

Dodatna jednokratna uplata u €:

Korisnici osiguranja ostaju nepromijenjeni.
Ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je upoznat sa relavantnim Uslovima osiguranja i sa Obavijesti Ugovaraču osiguranja o sklapanju ugovora i da su mu uručeni i/ili će mu biti dostavljeni putem kontakt adrese elektronske pošte (e-mail).
* Minimalni iznos za dodatnu jednokratnu uplatu je 511,29 €.

Mjesto, Datum

SEKCIJA 9

ŽELIM DA PREKINEM DODATNO OSIGURANJE OD POSLJEDICA NEZGODE PO PROGRAMU OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE

Mjesto, Datum

SEKCIJA 10

ŽELIM DA PREKINEM DODATNO OSIGURANJE ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA

Mjesto, Datum

SEKCIJA 11

ŽELIM DA PREKINEM DODATNO OSIGURANJE ZA SLUČAJ TEŠKIH BOLESTI

Mjesto, Datum

Popis dokumentacije potrebne za tehničke promjene:

Ako je Ugovarač fizičko lice:
- Identifikacijski dokument ugovarača osiguranja

Ako je Ugovarač pravno lice:
- zadnji aktuelni izvod iz sudskog registra
- identifikacijski broj dodijeljen od strane poreskog organa
- karton deponovanih potpisa ovlaštenih potpisnika
- informacije o stvarnim vlasnicima (preko 25% vlasničkog udjela) i njihovi identifikacijski dokumenti
- informacije o ovlaštenim predstavnicima i njihovi identifikacijski dokumenti

Napomena: u slučaju da se zahjev ne podnosi na predefinisani način, potrebno je dostaviti ovjerenu kopiju dokumentacije.

Mjesto, Datum

Potpis Ugovarača neophodan za slučaj da se dokumentacija ne dostavlja na predefinisani način