ZAHTJEV ZA REAKTIVACIJU UGOVORA O OSIGURANJU

Zahtjev za reaktivaciju ugovora o osiguranju se može prijaviti neposredno u za to određenim organizacionim jedinicama Društva, posredno putem posrednika/zastupnika u osiguranju Društva, putem pošte i elektronskim putem

Besplatni info telefon 080 02 02 25

VIENNA INSURANCE GROUP

Podaci o ugovoru o osiguranju i ugovaraču osiguranja

Broj ugovora o osiguranju:	
Ime i prezime/ Naziv pravnog lica:	
JMBG/JIB:	
Mjesto i država rođenja/osnivanja:	
Mjesto i država prebivališta/sjedišta:	
Adresa prebivališta/sjedišta:	
Državljanstvo:	
Zanimanje koje obavlja/djelatnost:	
Zaposlen/a kod:	
Adresa za korenspodenciju:	
Broj telefona:	
Broj mobitela:	
E-mail:	

Politički eksponirana osoba? ☐ DA ☐ NE

Ukoliko je Ugovarač osiguranja politički eksponirana osoba, potrebno je dostaviti popunjenu PEP/JEP izjavu.

Porezni obveznik strane države? ☐ DA ☐ NE

Ako da, koje?

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime:	
JMBG:	
Mjesto i država rođenja:	
Mjesto i država prebivališta:	
Adresa prebivališta:	
Državljanstvo:	
Broj telefona:	
Broj mobitela:	
E-mail:	

Ugovarač osiguranja izjavljuje da posjeduje saglasnost osiguranika za osiguranje.

Za reaktivaciju je potrebno uplatiti cjelokupni dug osiguranja za period koji uključuje i kalendarski mjesec u kojem je zahtjev za reaktivaciju podnesen.

ZAHTJEV ZA REAKTIVACIJU UGOVORA O OSIGURANJU

VIENNA INSURANCE GROUP

Za reaktivaciju je potrebno uplatiti cjelokupni dug osiguranja za period koji uključuje i kalendarski mjesec u kojem je zahtjev za reaktivaciju podnesen.

ZDRAVSTVENI UPITNIK (za osiguranika)

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

U toku procesa rješavanja odštetnog zahtjeva želim da mi se obavijesti dostavljaju:

(označiti polje)

☐ Putem korisničkog portala

☐ Putem e-mail-a:

Mjesto i datum

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

ZAHTJEV ZA REAKTIVACIJU UGOVORA O OSIGURANJU

Popis dokumentacije potrebne za reaktivaciju ukoliko je ugovarač fizičko lice

1. Identifikacijski dokument ugovarača osiguranja sa slikom (lična karta, pasoš, vozačka dozvola- ovjerena kopija)
2. Dokaz o uplati

Popis dokumentacije potrebne za reaktivaciju ukoliko je ugovarač pravno lice

1. Zadnji aktuelni izvod iz sudskog registra - ovjerena kopija
2. Identifikacijski broj dodijeljen od strane poreskog organa - ovjerena kopija
3. Karton deponovanih potpisa ovlaštenih potpisnika - ovjerena kopija
4. Informacije o stvarnim vlasnicima (preko 25% vlasničkog udjela) i njihovi identifikacijski dokumenti - ovjerena kopija
5. Informacije o ovlaštenim predstavnicima i njihovi identifikacijski dokumenti - ovjerena kopija
6. Dokaz o uplati