

Izjava o zdravstvenom stanju osiguranika (osiguranje roditelja i djeteta)

Ja (podaci o osiguraniku po osnovnom pokriću osiguranja života – roditelju)

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja
<i>Adresa prebivališta / boravišta / sjedišta</i>		
Ulica i kućni broj	Mjesto i država	Poštanski broj
Telefon	GSM	e-mail

ovim putem izjavljujem da u odnosu na podatke iz Ponude osiguranja života (Pitanja osiguraniku) danih prilikom sklapanja Police osiguranja života broj

Broj police

moje **zdravstveno stanje**

je promijenjeno* / nije promijenjeno (zaokružiti).
--

*U slučaju promijenjenog zdravstvenog stanja, molimo Vas u svrhu kvalitetne procjene rizika priložite svu relevantnu medicinsku dokumentaciju (povijest bolesti, otpusno pismo i slično).

Podaci o osiguraniku po dopunskom pokriću (dijete)

Ime i prezime	OIB	Datum rođenja
<i>Adresa prebivališta / boravišta / sjedišta</i>		
Ulica i kućni broj	Mjesto i država	Poštanski broj

zdravstveno stanje

je promijenjeno / nije promijenjeno (zaokružiti).

Svojim potpisom potvrđujem da sam dao istinite i točne podatke u ovoj Izjavi.

Svi podaci koji se prikupljaju temeljem ove Police (o ugovaratelju osiguranja, osiguraniku i korisniku osiguranja) obavezni su za sklapanje i ispunjenje ugovora, a određeni podaci prikupljaju se i u svrhu ispunjenja zakonskih obveza osiguratelja prema poreznoj upravi i drugim nadležnim tijelima.

Sve osobe čiji osobni podaci se prikupljaju imaju pravo na pristup podacima i pravo na ispravak podataka sukladno propisima kojima se regulira zaštita osobnih podataka.

Mjesto i datum	Potpis osiguranika – roditelja	Potpis osiguranika po dopunskom pokriću (u slučaju da je osiguranik po dopunskom pokriću punoljetna osoba)
----------------	--------------------------------	---

Napomena:

Ova Izjava sastavljena je u dva (2) istovjetna primjerka, od kojih jedan zadržava osiguranik, a jedan se dostavlja osiguratelju.