

## 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 |
|---------------|-----|---------------|

|                    |        |                |                                  |
|--------------------|--------|----------------|----------------------------------|
| Ulica i kućni broj | Mjesto | Poštanski broj | Kontakt tel. i/ili e-mail adresa |
|--------------------|--------|----------------|----------------------------------|

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 |
|---------------|-----|---------------|

|                    |        |                |
|--------------------|--------|----------------|
| Ulica i kućni broj | Mjesto | Poštanski broj |
|--------------------|--------|----------------|

#### **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).

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

|                |                                |   |
|----------------|--------------------------------|---|
| Mjesto i datum | Potpis osiguranika – roditelja | Potpis osiguranika po dopunskom pokriću<br>(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.