

UPITNIK ZA ŽIVOTNO OSIGURANJE

UGOVARATELJ OSIGURANJA

Ugovaratelj osiguranja			Tel./fax.	
Adresa	Ulica/kućni broj	Mjesto/br. pošte	E-mail	
Kontakt osoba			OIB	
Spol	Muško	Žensko	Datum rođenja	
Sadašnje zanimanje			Strano državljanstvo	
Jeste li obveznik PDV-a			Vaše zdravstveno stanje	
Liječnički pregled	DA	NE	Navedite bolesti od kojih bolujete	

OSIGURANIK

Ugovaratelj osiguranja			Tel./fax.	
Adresa	Ulica/kućni broj	Mjesto/br. pošte	E-mail	
Kontakt osoba			OIB	
Spol	Muško	Žensko	Datum rođenja	
Sadašnje zanimanje			Strano državljanstvo	
Jeste li obveznik PDV-a			Vaše zdravstveno stanje	
Liječnički pregled	DA	NE	Navedite bolesti od kojih bolujete	

KORISNIK OSIGURANJA

Za doživljenje		Za slučaj smrti	
-----------------------	--	------------------------	--

OSIGURANJE ŽIVOTA

Cjenik		Ugovorena svota	
Početak osiguranja		Trajanje osiguranja	
Godišnja premija		Indeksacija	

DOPUNSKO OSIGURANJE OD NESRETNOG SLUČAJA / CJENIK

Smrt uslijed nezgode		Osnovica za trajni invaliditet	
100% trajni ivaliditet		Dnevna naknada	
Premija			

DOPUNSKO OSIGURANJE TEŠKIH BOLESTI

Cjenik		Ugovorena svota	
Trajanje osiguranje		Godišnja premija	
Istek osiguranja			

PREMIJA

Ukupna premija		Doplatak	
Premijska rata		Popust	

NAČIN PLAĆANJA PREMIJE

Jednokratno	1 / 1	1 / 2	1 / 4	1 / 12	Uplatnica	Obustava od plaće	Trajni nalog	Virman	Kartica

POSEBNE NAPOMENE

Izjavljujemo da su podaci u ovom upitniku istiniti i potpuni, prema svim našim saznanjima te pristajemo da ovaj upitnik čini sastavni dio bilo koje police u kojoj se pruža osigurateljno pokrivanje za predmete osiguranja navedene u ovom upitniku. Podaci sadržani u ovom upitniku upotrebljavat će se isključivo u svrhu izrade ponude za osiguranje, te će se smatrati poslovnom tajnom.

U _____, dana _____, godine

Potpis / žig