

UPITNIK

OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE- KOLEKTIVNO OSIGURANJE

Ugovaratelj osiguranja/osiguranik		Tel./fax.	
Adresa		OIB	
Kontakt osoba		E-mail	

Vrsta djelatnosti, zanimanje		Broj osoba za osiguranje	
-------------------------------------	--	---------------------------------	--

OSIGURANI SLUČAJ KOJI SE UGOVARA U POLICI (navesti iznos osiguranja u kunama)
--

Smrt uslijed nezgode		Trajni invaliditet	
Dnevna naknada uslijed nezgode		Bolnička naknada uslijed nezgode	
Troškovi liječenja uslijed nezgode		Smrt uslijed nezgode	

Pokrće po polici samo za vrijeme trajanja rad, uključivši dolazak i odlazak s posla	DA		NE	
Dodatni osigurani slučajevi za koje želimo potvrdu	Smrt uslijed bolesti	Iznenadna smrt uslijed bolesti	Teško bolesna stanja	
Navedite prosječnu starost svih osiguranika*				
Je li trajanje police kraće od jedne godine?				
Osiguranje se ugovara	Prema službenoj evidenciji tvrtke		Prema popisu osiguranika u prilogu police	

Osiguravaju li se i članovi uže obitelji djelatnika tvrtke, prema popisu osiguranih osoba u prilogu police na iste iznose osiguranja za osigurane slučajeve?	DA	NE
Kada ističe prethodna polica osiguranja osoba od nezgode i kod kojeg je osiguratelj bila ugovorena?		
Želite li pokriće troškova spašavanja helikopterom i zrakoplovom i izvan granica RH? Navedite iznos.		

*Osobe starije od 75 godina isključene su iz osiguranja, ukoliko se za njih posebno ne ugovori pokriće.

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 pokriće 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