

UPITNIK

ZA OSIGURANJE OD AUTOMOBILSKE ODGOVORNOSTI

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

Osiguranik		Tel./fax.	
Adresa		OIB	
Kontakt osoba		E-mail	

PODACI O VOZILU

Registarska oznaka		Snaga motora u kw	
Vrsta vozila		Premijska grupa	
Marka vozila		Proizvođač	
Tip vozila		Godina proizvodnje	
Model vozila		Datum prve registracije	Datum / mjesec / godina
Broj šasijske		Osnovna namjena	
Oblik karoserije		Broj mjesta za sjedenje	
Boja vozila		Nosivost	TONA

POČETAK OSIGURANJA	Početak osiguranja		Istek osiguranja		
	Datum/mjesec/ godina	Sat	Datum/mjesec/ godina	Sat	
BONUS / MALUS	U %		PREMIJSKA GRUPA		
POPUSTI	INVALIDNOST				
	INVALIDNOST HRVIDR-a				
OSIGURANJE VOZAČA I PUTNIKA U SLUČAJU	SMRTI		TRAJNOG INVALIDITETA		
OSIGURANA SVOTA PO ŠTETNOM DOGAĐAJU	ZA OSOBE		ZA STVARI		
ŽELJENI NAČIN PLAĆANJA	U CIJELOSTI			OBROČNO / broj rata	
	GOTOVINA	KARTICA	NALOG	KARTICA	UPLATNICA

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 pokrće 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