



UPITNIK ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODACI O OSIGURANIKU	
Ugovaratelj osiguranja / osiguranik:	OIB:
Datum rođenja:	
Spol: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	
Adresa ugovaratelja osiguranja:	
Broj telefona:	
E-mail adresa:	

PODACI POTREBNI ZA IZRADU POLICE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	
<input type="checkbox"/> Imate li važeću policu zdravstvenog osiguranja: <input type="checkbox"/> NE / <input type="checkbox"/> DA, imam policu na koju želim nastaviti osiguranje	
Vrsta zdravstvenog osiguranja:	
<input type="checkbox"/> DOPUNSKO	
- označiti ako je potrebno pokriće „B“ skupine lijekova: <input type="checkbox"/> NE / <input type="checkbox"/> DA	
<input type="checkbox"/> DOBROVOLJNO	
- upisati visinu osigurane osobe:	
- upisati težinu osigurane osobe:	
- godišnja premija u kn:	

Svojim potpisom potvrđujem istinitost i potpunost svih izjava danih u upitniku. Ako dani podaci nisu istiniti i potpuni osiguratelj može, u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima, zahtijevati poništenje ugovora.

Mjesto i datum: _____

Ugovaratelj osiguranja: _____