

**ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA OD NEZGODE I/ILI DNEVNE
NAKNADE I/ILI BOLNIČKIH DANA ZA DODATNO OSIGURANJE OD NEZGODE**

PODRUŽNICA: _____ BROJ POLICE: _____ DATUM VAŽENJA PROMJENE: _____

UGOVARATELJI OSIGURANJA (ime i prezime, adresa, telefon, OIB)

1.		
2.		

OSIGURANE OSOBE (ime i prezime, adresa, telefon, OIB)

1.		
2.		

OSIGURANA OSOBA	RIZIK	OSIGURANI IZNOS (€)	MJESEČNA PREMIJA (€)	KORISNIK (ime i prezime, datum rođenja, OIB)
1.	SMRT			
	INVALIDITET			
	DNEVNA NAKNADA			
	BOLNIČKI DANI			
2.	SMRT			
	INVALIDITET			
	DNEVNA NAKNADA			
	BOLNIČKI DANI			
SVEUKUPNA PREMIJA ZA DODATNO OSIGURANJE (€):				

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja sljedeći su dokumenti:

1. Zahtjev za priključenje dodatnog osiguranja od nezgode i/ili dnevne naknade i/ili bolničkih dana za dodatno osiguranje od nezgode
2. Upitnik o zdravstvenom stanju osigurane osobe
3. Uvjeti osiguranja s oznakom: PG-D-DNZ/09-5hr; PG-NE/09-5hr; TAB-inv-NE/09-5hr.

Izjavljujem da su svi podaci dati u vezi sa zahtjevom za dodavanje dodatnog osiguranja od nezgode i/ili dnevne naknade i/ili bolničkih dana za dodatno osiguranje od nezgode potpuni i istiniti. Vlastoručnim potpisom potvrđujem primitak navedenih Uvjeta osiguranja.

MJESTO I DATUM: _____

POTPIS UGOVARATELJA OSIGURANJA: 1. _____ 2. _____

POTPIS OSIGURANIH OSOBA: 1. _____ 2. _____

ZAHTJEV ZAPRIMIO (POTPIS, MJESTO I DATUM): _____