

**ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA OD NEZGODE I/ILI DNEVNE  
NAKNADE 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.		

**DODATNO OSIGURANJE OD NEZGODE I DNEVNA NAKNADA ZA DODATNO OSIGURANJE OD NEZGODE**

OSIGURANA OSOBA	RIZIK	OSIGURANI IZNOS (€)	MJESEČNA PREMIJA (€)	KORISNIK
1.	SMRT			
	INVALIDITET			
	DNEVNA NAKNADA			
2.	SMRT			
	INVALIDITET			
	DNEVNA NAKNADA			

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja su sljedeći dokumenti:

1. zahtjev za priključenje dodatnog osiguranja od nezgode i/ili dnevne naknade za dodatno osiguranje od nezgode
2. upitnik o zdravstvenom stanju osigurane osobe
3. Uvjjeti 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 za dodatno osiguranje od nezgode potpuni i istiniti. Vlastoručnim potpisom potvrđujemo primitak navedenih Uvjeta osiguranja.

**MJESTO I DATUM**

\_\_\_\_\_

**POTPIS UGOVARATELJA OSIGURANJA**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**POTPIS OSIGURANIH OSOBA**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZAPRIMIO:** \_\_\_\_\_

**DATUM:** \_\_\_\_\_