

ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA KRITIČNIH BOLESTI

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

UGOVARATELJI OSIGURANJA (ime i prezime, OIB, adresa, telefon)	
1.	
2.	
OSIGURANE OSOBE (ime i prezime, OIB, adresa, telefon)	
1.	
2.	

OSIGURANA OSOBA	CJENIK (D-KBI-FIX ili P-KBI-100)	TRAJANJE OSIGURANJA	OSIGURANI IZNOS	MJESEČNA PREMIJA	MJESEČNA PREMIJA
1.					
2.					

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja sljedeći su dokumenti:

1. Zahtjev za priključenje dodatnog osiguranja kritičnih bolesti
2. Upitnik o zdravstvenom stanju osigurane osobe
3. Dopunski uvjeti za dodatno osiguranje za kritične bolesti s oznakom: PG-D-KBI/09-5hr.

Izjavljujem da su svi podaci dati u vezi sa zahtjevom za dodavanje dodatnog osiguranja kritičnih bolesti 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): _____