

## ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA OD NEZGODE I/ILI DNEVNE NAKNADA 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			
	BOLNIČKI DANI			
2.	SMRT			
	INVALIDITET			
	DNEVNA NAKNADA			
	BOLNIČKI DANI			

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja sljedeći su 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. 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 posljedica nesretnog slučaja (nezgode) i/ili dnevne naknade i/ili bolničkih dana 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: \_\_\_\_\_