

## UPITNIK ZA OSIGURANJE LICA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA/NEZGODE

Ugovarač osiguranja	Tel./fax.
Osiguranik	Tel./fax.
Adresa	PIB
Kontakt osoba	E-mail

Vrsta djelatnosti, zanimanje	Broj osoba za osiguranje
---------------------------------	-----------------------------

### OSIGURANI SLUČAJ KOJI SE UGOVARA U POLISI (navesti iznos osiguranja u €)

Smrt uslijed nezgode	Troškovi liječenja
Smrt uslijed bolesti	Dnevna naknada
Trajni invaliditet	Bolnička naknada uslijed nezgode

Pokriće po polisi važi 24h bez prostornog i vremenskog ograničenja	DA	NE
Osiguranje se ugovara	Prema kadrovskoj evidenciji	Prema spisku osiguranika u prilogu polise

Osiguravaju li se i članovi uže porodice, prema popisu osiguranih osoba u prilogu polise na iste iznose osiguranja za osigurane slučajeve?	DA	NE
Kada ističe prethodna polisa osiguranja osoba od nezgode i kod kojeg je osiguravača bila ugovorena?		

\*Osobe starije od 75 godina isključene su iz osiguranja, ukoliko se za njih posebno ne ugovori pokriće.

**POSEBNE NAPOMENE****Izjava:**

*Svi ovdje navedeni podaci su istiniti i tačni i kao takvi služe kao osnova za izdavanje ponude. Obavezujemo se da ćemo osiguravača obavijestiti o svim promjenama podataka, koje bi nastupile prije zaključenja ugovora o osiguranju. Ovaj upitnik ne predstavlja ponudu za zaključenje osiguranja u smislu Zakona o obligacionim odnosima i ne obavezuje strane na zaključenje. Svi navedeni podaci se moraju poštovati kao stroga poslovna tajna.*

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis