

UPITNIK

Osiguranje osoba od posljedica nezgode - KOLEKTIVNO OSIGURANJE

Naziv tvrtke		Tel.	
Adresa		Fax.	
Vrsta djelatnosti, zanimanje		Broj osoba za osiguranje	
OSIGURANI SLUČAJ KOJI SE UGOVARA U POLICI [navedite iznos osiguranja u kunama]			
Smrt uslijed nezgode		Trajni invaliditet	
Dnevna naknada uslijed nezgode		Bolnička naknada uslijed nezgode	
Troškovi liječenja uslijed nezgode		Smrt uslijed PROMETNE NEZGODE	
Pokrće po polici samo za vrijeme trajanja rada, uključivo dolazak i odlazak sa posla	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Dodatni osigurani slučajevi za koje želimo ponudu	<input type="checkbox"/> smrt uslijed bolesti <input type="checkbox"/> iznenadna smrt uslijed bolesti <input type="checkbox"/> teško bolesna stanja		
Navedite prosječnu starost svih osiguranika*			
Da li je trajanje police osiguranja kraće od 1 godine			
Osiguranje se ugovara	<input type="checkbox"/> prema službenoj evidenciji tvrtke <input type="checkbox"/> prema popisu osiguranih osoba u prilogu police		
Da li se osiguravaju i članovi uže obitelji djelatnika tvrtke, prema popisu osiguranih osoba u prilogu police na iste iznose osiguranja za osigurane slučajeve	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Kada ističe prethodna polica osiguranja osoba od nezgode i kod kojeg osiguranja je bila ugovorena?			
Želite li pokriće troškova spašavanja helikopterom i zrakoplovom zaključiti i izvan teritorija RH, navedite iznos			
Napomena			
Datum i mjesto		Vlastoručni potpis	

* osobe starije od 75 godina isključene su iz osiguranja, ukoliko se posebno ne ugovori u polici
Podaci sadržani u ovom upitniku upotrebljavat će se ISKLJUČIVO u svrhu izrade ponude za osiguranje, te će se smatrati poslovnom tajnom