

Obrazac za kolektivno osiguranje osoba od posljedica nezgode



Red. br.	Prezime i ime Osiguranika	Datum rođenja	JMBG	Pol	Jeste li potpuno zdravi?	Djelatnost/Zanimanje	Broj tel.	Potpis Osiguranika
1				M Ž	Da			
2				M Ž	Da			
3				M Ž	Da			
4				M Ž	Da			
5				M Ž	Da			
6				M Ž	Da			
7				M Ž	Da			
8				M Ž	Da			
9				M Ž	Da			
10				M Ž	Da			
11				M Ž	Da			
12				M Ž	Da			
13				M Ž	Da			
14				M Ž	Da			
15				M Ž	Da			
16				M Ž	Da			
17				M Ž	Da			
18				M Ž	Da			
19				M Ž	Da			
20				M Ž	Da			
21				M Ž	Da			
22				M Ž	Da			
23				M Ž	Da			
24				M Ž	Da			
25				M Ž	Da			

* Svi gore navedeni osiguranici svojim potpisom potvrđuju da njihovo zdravstveno stanje u potpunosti odgovara odgovorima na zdravstvena pitanja u **Ponudi br.** _____
 * Isto tako potvrđuju da nisu invalidi, slijepi niti gluhi.

* Gore navedeni osiguranici su redovno zaposleni i pripadaju 1. - 2. Razredu opasnosti (okružiti odgovarajući razred opasnosti).

* Kao osnova za sklapanje ovog osiguranja osoba od posljedica nezgode poslužili su: **OPĆI UVJETI ZA OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE (OUN/2003).**

Mjesto i datum: _____ / ____ / 20__

Potpis zastupnika: _____ Potpis i pečat ugovaratelja osiguranja: _____