



UNIQA osiguranje d.d.
 OIB: 75665455333
 tel. (01) 6324 200
 faks (01) 6324 250
 e-mail: info@uniqa.hr

Obrazac za prikupljanje podataka u svrhu izrade ponude osiguranja Dopunsko zdravstveno osiguranje

Osobni podaci

Ugovaratelj osiguranja

Je li ugovaratelj osiguranja hrvatski državljanin?

da ne Ako nije, kojeg je državljanstva?

Je li ugovaratelj osiguranja ujedno i osiguranik? (ako je odgovor DA onda kod Osigurane osobe ispuniti samo Matični broj i spol)

da ne

Osigurana osoba

Matični broj u obveznom zdrav. osig.

žensko muško

Naziv krovne ustanove

Podaci o cjeniku

Participacija N - posebna ugovaranja

Participacije i doplate iz obveznog zdravstvenog osiguranja

iznos osiguranja	dobni razred	mjesečna premija EUR / HRK*	kvartalna premija EUR / HRK	polugodišnja premija EUR / HRK*	godišnja premija (plaćanje odjednom) EUR / HRK
Participacija N A lista	18-50	5,57 / 42,00 <input type="checkbox"/>	16,72 / 126,00 <input type="checkbox"/>	33,45 / 252,00 <input type="checkbox"/>	66,89 / 504,00 <input type="checkbox"/>
	>50	7,30 / 55,00 <input type="checkbox"/>	21,90 / 165,00 <input type="checkbox"/>	43,80 / 330,00 <input type="checkbox"/>	87,60 / 660,00 <input type="checkbox"/>
Participacija N A + B lista 1200**	18-50	6,64 / 50,00 <input type="checkbox"/>	19,91 / 150,00 <input type="checkbox"/>	39,82 / 300,00 <input type="checkbox"/>	79,63 / 600,00 <input type="checkbox"/>
	>50	7,96 / 60,00 <input type="checkbox"/>	23,89 / 180,00 <input type="checkbox"/>	47,78 / 360,00 <input type="checkbox"/>	95,56 / 720,00 <input type="checkbox"/>

* Za preračunavanje korišten je službeni fiksni tečaj konverzije 7,53450 HRK

** uz podlimit 1.200 kn godišnje za dopunsku listu lijekova

Način plaćanje premije

uplatnica/virman trajni nalog* administrativna zabrana** univerzalni POS uređaj

Prezime, ime

OIB Datum i godina rođenja

Adresa prebivališta (ulica, kućni broj) Poštanski broj Mjesto

Dostavna adresa ako se razlikuje od adrese prebivališta (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto)

E-mail Broj telefona/mobitela

Prezime, ime

OIB Datum i godina rođenja

Adresa prebivališta (ulica, kućni broj) Poštanski broj Mjesto

E-mail Broj telefona/mobitela

Početak osiguranja (DD/MM/GGGG) Trajanje osiguranja 1 godina do otkaza

Napomene: