

## ZAHTJEV ZA PRIKLJUČENJE DODATNOG OSIGURANJA DRUGOG LIJEČNIČKOG MIŠLJENJA

REGIJSKA PODRUŽNICA ..... BROJ POLICE ..... DATUM VAŽENJA PROMJENE .....

1. **PRVI UGOVARATELJ OSIGURANJA:** ime i prezime/naziv ..... OIB/MB .....

adresa ..... telefon .....

vrsta osobnog dokumenta ....., broj osobnog dokumenta ....., dokument izdao .....

mjesto i država izdavanja ....., datum izdavanja ....., datum isteka .....

strana politički izložena osoba: DA  NE  , rezident RH: DA  NE  , odgovorna osoba za zastupanje društva .....

državljanin SAD-a/rezident SAD-a za potrebe poreza: DA  TIN/SSN .....

**DRUGI UGOVARATELJ OSIGURANJA:** ime i prezime/naziv ..... OIB/MB .....

adresa ..... telefon .....

vrsta osobnog dokumenta ....., broj osobnog dokumenta ....., dokument izdao .....

mjesto i država izdavanja ....., datum izdavanja ....., datum isteka .....

strana politički izložena osoba: DA  NE  , rezident RH: DA  NE  , odgovorna osoba za zastupanje društva .....

državljanin SAD-a/rezident SAD-a za potrebe poreza: DA  TIN/SSN .....

2. **PRVA OSIGURANA OSOBA:** ime i prezime ..... OIB .....

adresa ..... telefon .....

vrsta osobnog dokumenta ....., broj osobnog dokumenta ....., dokument izdao .....

mjesto i država izdavanja ....., datum izdavanja ....., datum isteka .....

strana politički izložena osoba: DA  NE  , rezident RH: DA  NE  , odgovorna osoba za zastupanje društva .....

državljanin SAD-a/rezident SAD-a za potrebe poreza: DA  TIN/SSN .....

**DRUGA OSIGURANA OSOBA:** ime i prezime ..... OIB .....

adresa ..... telefon .....

vrsta osobnog dokumenta ....., broj osobnog dokumenta ....., dokument izdao .....

mjesto i država izdavanja ....., datum izdavanja ....., datum isteka .....

strana politički izložena osoba: DA  NE  , rezident RH: DA  NE  , odgovorna osoba za zastupanje društva .....

državljanin SAD-a/rezident SAD-a za potrebe poreza: DA  TIN/SSN .....

	IME I PREZIME	OIB	TRAJANJE OSIGURANJA	MJESEČNA PREMIJA
<b>PRVA OSIGURANA OSOBA</b>				<b>0,80 EUR</b>
<b>DRUGA OSIGURANA OSOBA</b>				<b>0,80 EUR</b>

Sastavni dio ovog dodatnog osiguranja sljedeći su dokumenti:

1. Zahtjev za priključenje dodatnog osiguranja drugog liječničkog mišljenja
2. Dopunski uvjeti za dodatno osiguranje drugog liječničkog mišljenja važeći na dan sklapanja osiguranja

Izjavljujem da su svi podaci dati u vezi sa zahtjevom za priključenje dodatnog osiguranja drugog liječničkog mišljenja potpuni i istiniti.  
Vlastoručnim potpisom potvrđujem primitak navedenih Uvjeta osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja upoznat je s činjenicom da je Osiguratelja dužan obavijestiti o mogućem preseljenju u inozemstvo te ga je dužan odmah obavijestiti o svim promjenama podataka, koje mogu biti relevantne za procjenu poreznih obveza (prvenstveno podataka o rezidentstvu i stranom poreznom broju). Ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba, potonji je dužan obavijestiti Osiguratelja o svakoj promjeni sjedišta i organizacije te o strukturi promjene vlasništva relevantnih za procjenu porezne obveze. Ugovaratelj potpisom zahtjeva, potvrđuje da nije američki državljanin ili stanovnik SAD za porezne svrhe, osim ako to nije drugačije označeno na zahtjevu.

**MJESTO I DATUM:**

**POTPIS I PEČAT UGOVARATELJA OSIGURANJA:**

**POTPIS OSIGURANIH OSOBA:**

..... 1. .... 1. ....

..... 2. .... 2. ....

**ZAHTJEV ZAPRIMIO (ŠIFRA, POTPIS, MJESTO I DATUM):** .....