

OBRAZAC ZA CIJENU PONUDE
Osiguranje zaposlenika od posljedica nesretnog slučaja – nezgode

Osigurana suma za svakog pojedinog osiguranika									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Razred opasnost	Smrt		Trajni invaliditet	Dnevna naknada	Troškovi liječenja	Mjesečna premija osiguranja po jednom zaposleniku KM	Prosječan broj zaposlenih	Premija osiguranja za 49 zaposlenika za mjesec dana (KM) (7 * 8)	Ukupna Premija osiguranja za 49 zaposlenika za 12 mjeseci (KM) (8 * 9)
	Usljed nezgode KM	Usljed bolesti Km							
I	50.000,00	5.000,00	100.000,00	25,00	5.000,00		49		

Potpis i pečat dobavljača

Napomena:

1. Pristajemo da sve promjena broja i imena osiguranika prijavljene osiguravajućoj kući u roku od sedam dana od dana prijema u radni odnos po bilo kojem osnovu – osiguranje pokriva period od dana prijema u radni odnos, a ne od dana dostavljanja promjena.
2. Osiguranje obuhvata nezgode na poslu i van posla, punih 24 sata dnevno, bez teritorijalnog pokrića.
3. U slučaju da se desi osigurani slučaj obavezujemo se na isplatu punih osiguranih suma za smrt usljed bolesti i nezgode, definiranih u ovom obrascu;
4. U slučaju da se desi osigurani slučaj trajne invalidnosti ispod 100% obračun naknade štete će se vršiti na sljedeći način: **osigurana suma za 100 % trajni invaliditet se množi procjenjenim procentom invalidnosti** (dakle bez primjene korektivnih faktora);
5. Troškovi liječenja obuhvataju sve nužne troškove koje ne pokrivaju fondovi, a liječenje je pokriven lječarskim uputnicama. Predmet osiguranja su samo troškovi liječenje koji su posljedica nesretnog slučaja na poslu i van posla;
6. Svi potencijalni ponuđači se obavezuju da u sklopu svoje ponude dostave odgovarajuće Uvjete osiguranja.