



Zahtjev za ukinuće B liste lijekova

Svi niže traženi podaci nužni su nam za ispunjenje Vašeg zahtjeva ili naše zakonske obveze. Molimo Vas da navedete točne podatke, a sve promjene ćemo evidentirati u našem sustavu. Više informacija o prikupljanju i obradi Vaših osobnih podataka možete pronaći na www.triglav.hr.

Ugovaratelj osiguranja

IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA
OIB	PREBIVALIŠTE
BROJ TELEFONA	BROJ MOBITELA

Osigurana osoba

IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA
OIB	PREBIVALIŠTE
BROJ TELEFONA	BROJ MOBITELA

Podaci o polici

BROJ POLICE	NAZIV PROGRAMA
POČETAK OSIGURANJA	KRAJ OSIGURANJA

Ovim putem izjavljujem da želim s početkom nove osigurateljne godine polici broj

ukinuti dodatno osiguranje B liste lijekova.

Izjavljujem da su svi podaci dati u vezi sa zahtjevom za ukinuće B liste lijekova potpuni i istiniti.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio-la točno, istinito i potpuno.

Vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te da mi je Informacija o obradi podataka također dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr

Potpisana ponuda, policia, uvjeti osiguranja te svi dodaci ponudi odnosno polici čine ugovor o osiguranju.

Ja dolje potpisani/a potvrđujem da su gore navedeni podaci istiniti i potpuni.

MJESTO I DATUM	2 0 1 .
POTPIS	
POTPIS	
ŽIG I POTPIS ILI ŠIFRA	

Potpis ugovaratelja osiguranja

Potpis osiguranika

Žig i potpis ili šifra predstavnika osiguratelja

Uz potpuno ispunjenu prijavu predanu u Triglav osiguranje d.d. u roku koji je određen u važećim Uvjetima osiguranja koji vrijede za Vašu policu, te dostavom svih potrebnih dokumenata Vaš će zahtjev biti brzo riješen na Vaše i naše zadovoljstvo.

