TRIGLAV OSIGURANJE D.D.
ANTUNA HEINZA 4
10000 ZAGREB
TEL: 0800 202 080, FAKS: 01 5632 780
E-POŠTA: info@triglav.hr

POSLOVNA TAJNA

Prijava izgubljene kartice dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Svi niže traženi podaci potrebni su nam za ispunjenje Vašeg zahtjeva i naše zakonske obveze. Molimo Vas da navedete točne podatke, a sve promjene evidentirat ćemo u našem sustavu.

Ugovaratelj osiguranja

IME I PREZIME		DATUM ROĐENJA	
OIB		PREBIVALIŠTE	
E-MAIL		KONTAKT BORJ	

Obavještavam Triglav osiguranje d.d. da mi je kartica zdravstvenog osiguranja izdana po polici broj _____, kojom je osiguran/a (ime i prezime osiguranika) _____, nestala prilikom (navesti razlog) _____

i molim da mi se izda duplikat originalne isprave.

Izjavljujem da navedenu originalnu karticu nisam nikome ustupio/la ili predao/la, niti sam prenosio/la prava koja proistječu iz kartice na bilo koga te je ovim putem proglašavam nevažećom.

Visina naknade za izdavanje duplikata kartice iznosi 3,32 EUR.

Broj računa za uplatu: **HR1324020061100642595 (model 00, poziv na broj 02-OIB stranke)**.

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio/la detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te da mi je predmetni dokument također dostupan na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na službenoj internetskoj stranici: triglav.hr.

Potvrđujem da su gore navedeni podaci istiniti i potpuni

Mjesto i datum	Potpis ugovaratelja osiguranja	Potpis distributera
_____	_____	_____

Uz potpuno ispunjenu prijavu predanu u Triglav osiguranje d.d. u roku koji je određen važećim Uvjetima osiguranja koji vrijede za Vašu policu te dostavom svih potrebnih dokumenata, Vaš ćemo zahtjev riješiti na obostrano zadovoljstvo.