

**Obrazac za prijavu osiguranog slučaja
dopunsko zdravstveno osiguranje**

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.

BROJ ŠTETNOG PREDMETA

BROJ NALOGA ZA ISPLATU

(ispunjava osiguratelj)

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

Specifikacija plaćenih zdravstvenih usluga

Uz prijavu potrebno je dostaviti original račun-e za trošak liječenja koji glasi-e na ime osiguranika.

BROJ DOSTAVLJENIH RAČUNA

USTANOVA IZDAVANJA

VRSTA USLUGE

DATUM NASTANKA USLUGE
(NASTANKA ŠTETE)

IZNOS U EUR/HRK

REFUNDACIJU TROŠKOVA IZVRŠITI

UKUPAN IZNOS TROŠKOVA

NAZIV BANKE I BROJ RAČUNA ZA ISPLATU (u slučaju kada je račun podmiren od strane osiguranika)

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, polica, uvjeti osiguranja te svi dodaci ponudi odnosno polici čine ugovor o osiguranju.

MJESTO I DATUM

POTPIS (Potpis ugovaratelja osiguranja)

POTPIS (Potpis osiguranika)

ŽIG I POTPIS ILI ŠIFRA (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.