

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 ćemo evidentirati u našem sustavu.

Ugovaratelj osiguranja

IME I PREZIME	DATUM RODENJA
OIB	PREBIVALIŠTE
BROJ TELEFONA	BROJ MOBITELA

Obavještavam Triglav osiguranje d.d. da mi je kartica zdravstvenog osiguranja izdana po polici broj _____ kojom je osiguran (ime i prezime osiguranika) _____ nestala prilikom (navesti razlog) _____ i molim da mi se izda duplikat originalne isprave.

Ovim putem izjavljujem da navedenu originalnu karticu nisam nikome ustupio/la - 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 (25,00 HRK*).

**za preračunavanje premije je primijenjen službeni fiksni tečaj konverzije 1 EUR = 7,53450 HRK*

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 osiguranje d.d. i na web stranici: www.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 u važećim Uvjetima osiguranja koji vrijede za Vašu policu, te dostavom svih potrebnih dokumenata Vaš će zahtjev biti riješen na Vaše i naše zadovoljstvo.

** osiguranik je dužan postupati sa iskaznicom sa pažnjom dobrog gospodara, onemogućiti ustupanje iste trećim osobama te se brinuti da se svi postupci s iskaznicom u zdravstvenim ustanovama provode u njegovoj prisutnosti i pod njegovim nadzorom*