



Obrazac za otkaz police dodatnog zdravstvenog osiguranja

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	ISTEK OSIGURANJA

Ugovaratelj osiguranja potpisom ovog obrasca otkazuje ugovor o zdravstvenom osiguranju. S tim u vezi obvezuje se do isteka otkaznog roka podmiriti sve dospjele obveze za razdoblje od početka trajanja zdravstvenog osiguranja do isteka otkaznog roka.

Ugovaratelj osiguranja je upoznat s time da će se zahtjev za raskid prihvatiti ukoliko isti bude predan u rokovima određenim Ugovorom o osiguranju.

Kartica osiguranja je vlasništvo Triglav osiguranja te ovim putem izjavljujem i obvezujem se istu vratiti Triglav osiguranju po isteku otkaznog roka.

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

MJESTO I DATUM	
POTPIS	Potpis ugovaratelja osiguranja
POTPIS	Potpis osiguranika
ŽIG I POTPIS ILI ŠIFRA	Žig ili šifra predstavnika osiguratelja

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 će zahtjev biti brzo riješen na Vaše i naše zadovoljstvo.

