

Zahtjev za prijavu osiguranog slučaja dopunskog 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.

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 POLICA	NAZIV PROGRAMA
POČETAK OSIGURANJA	ISTEK OSIGURANJA

Specifikacija plaćenih zdravstvenih usluga

Uz prijavu je potrebno dostaviti original računa za trošak liječenja koji glasi na ime osiguranika.

Broj dostavljenih računa: _____

USTANOVA IZDAVANJA	VRSTA USLUGE	DATUM NASTANKA USLUGE	IZNOS u EUR	REFUNDACIJU TROŠKOVA IZVRŠITI

UKUPNI 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

Potvrđujem da su gore navedeni podaci istiniti i potpuni.

MIJESTO I DATUM
POTPIS UGOVARATELJA OSIGURANJA
POTPIS OSIGURANIKA
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.