

Zahtjev za otkaz police 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 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

Raskid police osiguranja tražim:

- zbog gubitka prava na osnovno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj (kao dokaz prilažem potvrdu HZZO-a o odjavi)
- zbog stjecanja prava na dopunsko zdravstveno osiguranje na teret proračuna Republike Hrvatske (kao dokaz prilažem potrebnu dokumentaciju)
- zbog smrti
- ostalo _____

U slučaju da po predmetnoj ponudi/polici osiguranja postoji pravo na povrat premije, molim slijedeće:

- povrat na broj računa (IBAN) _____
- ime i prezime/vlasnik računa _____
- adresa vlasnika računa _____
- OIB i datum rođenja vlasnika računa _____
- prijenos preplaćene premije na ponudu/policu _____

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

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.

MJESTO 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.