



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)	(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 KN	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	2 0 1 .
----------------	---------

POTPIS	Potpis ugovaratelja osiguranja
--------	--------------------------------

POTPIS	Potpis osiguranika
--------	--------------------

ŽIG I POTPIS ILI ŠIFRA	Žig i potpis ili šifra predstavnika osiguratelja
------------------------	--