

Zahtjev za ukidanje B liste lijekova

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 POLICE	NAZIV PROGRAMA
POČETAK OSIGURANJA	ISTEK OSIGURANJA

Početak nove osigurateljne godine želim na polici broj _____ ukinuti pokriće B liste lijekova.

Ovjereni Zahtjev je potrebno dostaviti najkasnije 60 dana prije početka nove osigurateljne godine.

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.