

## Obrazac izjave o neproduljenju 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 POLICE	NAZIV PROGRAMA
POČETAK OSIGURANJA	ISTEK OSIGURANJA

Ugovaratelj osiguranja potpisom ovog obrasca izjavljuje da ne želi produljenje sklopljenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju po polici broj \_\_\_\_\_ koja je sklopljena dana \_\_\_\_\_ s rokom trajanja od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

Sukladno Uvjetima osiguranja, raskid police može se zatražiti minimalno tri (3) mjeseca prije isteka osigurateljne godine.

Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vlasništvo je Triglav osiguranja d.d. te ovim putem izjavljujem i obvezujem se istu vratiti u Triglav osiguranje d.d.

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](http://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.