

## Prijava izgubljene kartice 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 RODENJA
OIB	PREBIVALIŠTE
BROJ TELEFONA	BROJ MOBITELA

Obavještavam Triglav osiguranje d.d. da mi je kartica zdravstvenog osiguranja izdana po polici broj \_\_\_\_\_ kojom je osiguran (ime i prezimeosiguranika) \_\_\_\_\_ i nestala prilikom (navesti razlog) \_\_\_\_\_ molim da mi se izda duplikat originalne isprave.

Ovim putem izjavljujem da navedenu originalnu karticu nisam nikome ustupio/la - predao/ la, niti sam prenosio/la prava koja proistječu iz kartice na bilo koga, te je ovim putem proglašavam nevažećom.

Visina naknade za izdavanje duplikata kartice iznosi 3,32 EUR.

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 osiguranje 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 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.