

Prijava troškova po dopunskom zdravstvenom osiguranju

Broj police: _____

Podaci o osiguraniku

Ime _____

Prezime/Naziv tvrtke _____

MBC/MB _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Datum rođenja _____ Spol m ž

Zanimanje (puni naziv) _____

Da li je trošak nastao zbog ozljede (nesretnog slučaja) ili bolesti da neDa li se osiguranik liječio u inozemstvu? da neDa li je osiguranik koristio stomatološku protetiku? da neDa li je osiguranik boravio u bolnici? da ne

a) Ako je trošak nastao zbog nesretnog slučaja:

Datum nastanka nesretnog slučaja _____

Opis događaja (na koji način i iz kojih uzroka je nastao nesretni slučaj) _____

b) Ako je trošak nastao zbog bolesti:

Od kada se liječite od predmetne bolesti _____

Podaci o korisniku osiguranja

Ime _____

Prezime/Naziv tvrtke _____

Mjesto rođenja _____ Datum rođenja _____

MBC/MB _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o računu osiguranika

Naziv banke _____ Broj žiro računa banke _____

Broj štedne knjižice / tekućeg računa / žiro računa _____

 Odštetu doznačiti poštanskom uputnicom (troškovi poštarine na teret primatelja)

Ovim izjavljujem da sam na sva postavljena pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji su liječili osiguranika, da mogu pružiti sve obavijesti koje Allianz Zagreb d.d. od njih zatraži u svezi s prijavljenim smrtnim slučajem.

Sklapanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Allianz Zagreb d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Allianz Zagreb d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Mjesto: _____ Datum: _____

Potpis podnositelja prijave
