

Zahtjev za isplatu ugovorene svote po doživljenju ugovora o osiguranju _____

Broj police: _____

Podaci o podnositelju zahtjeva (korisnik osiguranja za doživljenje) Ugovaratelj Osiguranik

Ime i prezime/Tvrtka _____

MBC _____ OIB _____

Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o osiguraniku (ispunjava se ako korisnik nije ujedno i osiguranik)

Ime i prezime _____

MBC _____ OIB _____

Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o osiguraniku (2. osiguranik za cjenik MZ)

Ime i prezime _____

MBC _____ OIB _____

Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o računu korisnika osiguranja na koji se želi isplata

1. Naziv banke _____

2. Broj žiro računa banke _____

3. Broj štedne knjižice/tekućeg računa /žiro računa _____

Sklopanjem 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 zahtjeva

M.P.