

ZAHTJEV ZA UGOVARANJEM POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA KOD CROATIA OSIGURANJA d.d.

PLATITELJ - ČLAN

Ime i prezime

Datum rođenjaOIB

Adresa stanovanja

Telefon broj

.....
(mjesto i datum).....
(vlastoručni potpis)

OSIGURANA OSOBA – KORISNIK OSIGURANJA

Ime i prezime

Datum rođenjaOIB

Adresa stanovanja

Broj osigurane osobe

Telefon broj

.....
(mjesto i datum).....
(vlastoručni potpis)

Potpisom ovog Zahtjeva prihvaćam da ugovaratelj Hrvatski sindikat telekomunikacija sklopi policu dopunskog zdravstvenog osiguranja u moje ime za razdoblje do tri godine.

Dragovoljno pristajem da Sindikat moje gore navedene osobne podatke obrađuje u skladu sa propisima o zaštiti pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka, a isključivo u svrhu ostvarivanja prava iz Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljenom između Hrvatskog sindikata telekomunikacija i CROATIA OSIGURANJA d.d.

Potpisom ovog zahtjeva potvrđujem da sam upoznat sa Ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljenom između Hrvatskog sindikata telekomunikacija i CROATIA OSIGURANJA d.d.