

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (PARTICIPACIJA)

Broj ugovora (polica)	Ugovaratelj osiguranja
-----------------------	------------------------

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime	Datum rođenja
Adresa	MBO
Osobni identifikacijski broj (OIB)	Telefon za kontakt

ZAHTEJ ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (PARTICIPACIJA)			
Broj računa	Ustanova izdavanja	Iznos troškova	Refundaciju troškova izvršiti:
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi
			<input type="checkbox"/> osiguraniku <input type="checkbox"/> ustanovi

UPLATU IZVRŠITI NA RAČUN (u slučaju kada je račun podmiren od strane osiguranika)	
Ime i prezime	
Naziv banke	IBAN broj

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno istinito i potpuno. Potpisom na ovoj prijavi obvezujem se na zahtjev Merkur osiguranja d.d. dostaviti medicinsku dokumentaciju u obimu potrebnom i neophodnom za rješavanje mog zahtjeva. Potpisom ove izjave dajem privolu, sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka i Zakona o osiguranju da se moji osobni i povjerljivi podaci vezani za gore navedeni ugovor o osiguranju mogu prikupljati, obrađivati i koristiti u svrhe osiguranja, te u svrhe marketinga produkata članica Merkur grupe, te izjavljujem da sam upoznat s mojim pravom da se takvoj obradi usprotivim. Istodobno dajem izričitu suglasnost Merkur osiguranju d.d. da u navedene svrhe poduzima sve radnje vezane uz obradu svih prikupljenih osobnih i povjerljivih podataka (uključivo i davanje na korištenje drugim članicama Merkur grupe, odnosno drugim pravnim osobama u trajnijem poslovnom kontaktu s Merkur osiguranjem d.d.) i to za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju i njegovih pravnih učinaka.

Također potvrđujem da sam informiran da, sukladno odredbi stavka 2. članka 387. Zakona o osiguranju (NN 30/15), koja je stupila na snagu 01.01.2016., obveza čuvanja mojih, gore navedenih osobnih i povjerljivih podataka od strane Merkur osiguranja d.d., u smislu Zakona o osiguranju i Zakona o zaštiti osobnih podataka, prestaje u slijedećim slučajevima: ako izričito pisanim putem pristanem da se priopće pojedini povjerljivi podaci za određenu namjenu ili određenoj osobi; ako su podaci potrebni Ministarstvu unutarnjih poslova ili nadležnom državnom odvjetništvu za potrebe obavljanja poslova iz njihove nadležnosti; ako su podaci potrebni sudu ili javnom bilježniku za postupak koji vodi, a predočenje tih podataka zahtijeva pisanim putem; u slučajevima određenima Zakonom o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma; ako su ti podaci potrebni Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga, nadležnom nadzornom tijelu, odnosno drugom nadzornom tijelu, uključujući EIOPA-u, ESMA-u, EBA-u, ESRB i Zajednički odbor, u svrhu nadzora koji provodi u okviru svojih nadležnosti; ako su ti podaci potrebni poreznom tijelu u postupku koji ono provodi u okviru svojih nadležnosti te; u slučajevima određenima Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu.

Mjesto, datum

Potpis osiguranika

PROSTOR ZA OVJERU – PODATKE PROVJERIO/LA (ispunjava djelatnik Merkur osiguranja d.d.)		
Datum zaprimanja prijave i pečat ureda/ prodajnog mjesta	Ime i prezime i potpis djelatnika	Broj štete

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU

- original račun za trošak liječenja koji glasi na ime osiguranika
- ispis podataka o IBAN-u transakcijskog računa (instrukcija za plaćanje)