

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 i e-mail adresa

ZAHTJEV 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
			<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. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.

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

Merkur osiguranje d.d., Ulica kneza Ljudevita Posavskog 31, 10000 Zagreb, tel: (01) 6308 333, fax: (01) 6157 130, OIB 0893783 5435

PŠDOPZ/0518

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)