

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (PARTICIPACIJA)

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

<b>PODACI O OSIGURANIKU</b>	
Ime i prezime:	Datum rođenja:
Adresa:	MBO:
OIB:	Telefon za kontakt i e-mail adresa:

### ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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

<b>UPLATU IZVRŠITI NA RAČUN (u slučaju kada je račun podmiren od strane osiguranika)</b>	
Ime i prezime	
Naziv banke	IBAN
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 <a href="http://www.merkur.hr">www.merkur.hr</a> – Zaštita podataka.	
Mjesto, datum	Potpis osiguranika

<b>PROSTOR ZA OVJERU - PODATKE PROVJERIO/LA (ispunjava djelatnik Merkur osiguranja d.d.)</b>		
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: 0800 360 360, fax: (01)6157 130, [info@merkur.hr](mailto:info@merkur.hr), OIB 08937835435

<b>POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- račun za trošak liječenja koji glasi na ime osiguranika</li> <li>- ispis podataka o IBAN-u transakcijskog računa (instrukcija za plaćanje)</li> </ul>