

Zahtjev za obnovu životnog osiguranja _____

Broj police: _____

Podaci o ugovaratelju osiguranja

Ime i prezime/Tvrtka _____

MBC _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime _____

MBC _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o osiguraniku (2. osiguranik za cjenik MZ)

Ime i prezime _____

MBC _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Uz ovaj Zahtjev obavezno je popuniti i priložiti Osiguranikovu izjavu o zdravstvenom stanju, osim u slučaju ako se Zahtjev za obnovu police podnosi prije isteka 6 mjeseci od datuma otkaza/kapitalizacije police

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 ugovaratelja osiguranja
