

Zahtjev za isplatu osobne doživotne rente

Broj police: _____

Podaci o podnositelju zahtjeva

 Korisnik osiguranja za slučaj smrti

 Ugovaratelj/Osiguranik

Ime i prezime/Tvrtka _____

MBG/MB _____ Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o osiguraniku (ispunjava se ako podnositelj zahtjeva nije ujedno i osiguranik)

Ime i prezime _____

MBG _____ Datum rođenja _____

Ulica/trg/kućni broj _____

Poštanski broj _____ Mjesto _____

Telefon _____ GSM _____

Fax _____ E-mail _____

Podaci o računu podnositelja zahtjeva na koji se želi isplata

1. Naziv banke _____

2. Broj žiro računa banke _____

3. Broj štedne knjižice/tekućeg računa /žiro računa _____

Sklapanjem 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 podnositelja zahtjeva
