

Zahtjev za povrat premije dopunskog zdravstvenog osiguranja i Izjava o odricanju od potraživanja

Ugovaratelj osiguranja

Ime i prezime

OIB

Ulica/trg/kućni broj

Poštanski broj i mjesto

Telefon

GSM

E-mail

Osiguranik

Ime i prezime

OIB

Ulica/trg/kućni broj

Poštanski broj i mjesto

Telefon

GSM

E-mail

Da li je ugovaratelj usiguranja ujedno i Osiguranik da ne

Molim da mi se odobri povrat jednogodišnje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja uplaćene po polici osiguranja broj:

Isplatu doznačiti:

- na tekući račun
- na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja

Broj računa:

Naziv banke:

Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja:

Ukoliko je vlasnik računa različit od ugovaratelja po polici po kojoj se vrši povrat:

Ja gore navedeni/-a, izjavljujem da sam suglasan/-na da se isplata povrata premije dopunskog zdravstvenog osiguranja umjesto na moj račun, isplati sljedećoj osobi:

Ime i prezime vlasnika računa:

Adresa vlasnika računa:

OIB vlasnika računa:

Ako je Vaš odabir isplata na tekući račun molim Vas da nam uz ovaj zahtjev pošaljete ispis/potvrdu o IBAN broju izdanu od banke kod koje imate otvoren račun ili presliku kartice tekućeg računa bez vidljivog kontrolnog broja koji se nalazi na poleđini kartice i sastoji se od tri ili četiri znamenke. Molimo Vas da nam presliku kartice dostavljate samo ako iz nekog razloga niste u mogućnosti dostaviti ispis IBAN broja.

Izjava ugovaratelja osiguranja/osiguranika o odricanju od potraživanja

Izjavljujem da u posljednjih 5 (pet) godina trajanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (polica), za koje razdoblje tražim povrat jednogodišnje premije sukladno Klauzuli za povrat premije po dopunskom zdravstvenom osiguranju KLA-DZOPOVRAT, nisam imao/la potraživanja prema Allianz Hrvatska d.d. po osnovi sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (participacije) niti ću naknadno dostaviti na refundaciju račune sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite nastale u navedenom periodu osiguranja. U slučaju da se od strane zdravstvene ustanove po osnovi navedene police osiguranja prema Allianz Hrvatska d.d. naknadno podnese na plaćanje račun sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite nastao u navedenom periodu osiguranja (5 godina za koje je izvršen povrat jednogodišnje premije), isti se obvezujem osobno podmiriti u roku dospjeća naznačenom na računu.

Napomena: Ukoliko je Ugovaratelj osiguranja različit od osobe Osiguranika, Osiguranik je obavezan potpisati prije navedenu Izjavu o odricanju od potraživanja.

Mjesto: _____

Datum: _____

Potpis podnositelja zahtjeva/Ugovaratelja

Potpis Osiguranika

S obzirom da se radi o financijskoj transakciji, radi Vaše i naše sigurnosti podatke o računu na koji isplaćujemo povrat premije provjeravamo usporedbom podataka s ovog obrasca s podacima dostavljenima na ispisu IBAN-a, odnosno preslici kartice. Protu prijevorne mjere su zakonska obveza i legitimni interes Allianz Hrvatske d.d.

Podatke koje nam dostavite putem ovog obrasca koristit ćemo samo za svrhu navedenu u ovom obrascu i čuvati samo onoliko koliko nam nalažu računovodstveni propisi.