

Izjava je dio sistema zaštite potrošača na području osiguranja. Pripremljena je na temelju Zakona o osiguranju, smjernica EU i Direktive o distribuciji osiguranja (IDD).

Oznaka ponude: _____

1. PODACI O UGOVARATELJU OSIGURANJA

UGOVARATELJ OSIGURANJA	
Ime i prezime:	
Datum rođenja:	
OIB:	
Ulica i kućni broj (prebivalište)	
Poštanski broj i mjesto	

2. IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA

☐ IZJAVA O ŽELJENOM OSIGURANJU

Izjavljujem da želim sklopiti osiguranje koje proizlazi iz „Ponude za ugovaranje zdravstvenog osiguranja“, iako mi je distributer osiguranja pojasnio da osiguranje

nije u skladu s potrebama i zahtjevima koje sam ispostavio-la u upitniku za Utvrđivanje potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja.

3. DEKLARACIJA

Triglav osiguranje d.d. (društvo za osiguranje) podatke iz ovoga obrasca obrađuje isključivo radi utvrđivanja potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja za potrebe pripreme odgovarajuće ponude ili ugovora o osiguranju. Društvo za osiguranje pohranjuje podatke u bazama podataka koje su uspostavljene i održavaju se u skladu s propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka i osiguranja i to do isteka zakonskog roka pohrane podataka. Osobne podatke iz baza podataka društva za osiguranje mogu obrađivati i društva s kojima društvo za osiguranje ima sklopljene ugovore o obradi osobnih podataka (ugovorni izvršitelji obrade). Ugovaratelj osiguranja može prigovoriti obradi osobnih podataka ili zahtijevati pristup, dopunu, ispravak, ograničenje obrade, prijenos ili brisanje osobnih podataka koji se u vezi s njim obrađuju tako da pošalje pisani zahtjev na adresu: Triglav osiguranje d.d., Antuna Heinza 4, 10000 Zagreb, elektroničkom poštom na: sluzbenik.osobnipodaci@triglav.hr te na obrascu dostupnom na internetskoj stranici www.triglav.hr.

Detaljne informacije o obradi Vaših podataka sadržane su u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ koja je sastavni dio ovog obrasca. Svojim potpisom potvrđujete primitak navedenog dokumenta. Informacija o obradi podataka također vam je dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr.

Nadalje, vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam prije sklapanja osiguranja primio-la propisanu predugovornu informaciju: Obavijest ugovaratelju osiguranja i/ili osiguraniku (prodajna iskaznica distributera), Informacija o obradi podataka društva Triglav osiguranje d.d., Informacija ugovaratelju osiguranja prije sklapanja ugovora za zdravstveno osiguranje i sklapanja ugovora o osiguranju na daljinu, Standardizirani obrazac dokumenta s informacijama o proizvodu osiguranja (IPID), Obavijest o podnošenju pritužbi, Uvjete osiguranja (Opće, Posebne i Dodatne, kao i pripadajuće Tablice i Klauzule, ovisno o vrsti, odnosno proizvodu osiguranja), Upitnik za utvrđivanje potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja i ova Izjava za utvrđivanje potreba i zahtjeva ugovaratelja osiguranja.

4. POTPIS	Ime i prezime	Potpis	Mjesto	Datum
Ugovaratelj osiguranja				
Distributer osiguranja				