



**Direct**  
ČLAN



## Prijava štete iz zdravstvenog osiguranja (DZO)

### Podaci o osiguranoj osobi:

Ime i prezime:	OIB:	
Adresa:	Pošta:	Mjesto:
Email:	Telefon:	Mobitel:
Broj police:	Važi od:	

### Priložena dokumentacija:

Broj računa:
Ustanova u kojoj je korištena zdravstvena zaštita:
Prilozi:

### Podaci za isplatu:

Naziv banke:	IBAN:
Napomena:	

Izjava: Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su navedeni podaci točni. Suglasan sam da osiguratelj prikuplja i dalje obrađuje moje osobne podatke u svrhu rješavanja prijavljenog odštetnog zahtjeva. Vaše osobne podatke koristit ćemo na način opisan u „Informaciji o obradi osobnih podataka“ ( [www.as-direct.hr/ioop](http://www.as-direct.hr/ioop) ). Sve upite ili eventualne prigovore s tim u vezi možete uputiti na mail [dpo@as-direct.hr](mailto:dpo@as-direct.hr) , ili nas nazvati na broj telefona 0800 11 00.

Mjesto i datum:	Potpis osiguranika:
Prijavu zaprimio:	Broj osobne iskaznice: