

Allianz

Zahtjev za ugovaranje dopunskog zdravstvenog osiguranja

Podaci o članu sindikata preko kojeg se osoba osigurava												
Ime i prezime člana sindikata												
OIB												
Ustrojstvena jedinica u kojoj radi član sindikata												
Podaci o osiguraniku												
U kojem odnosu je osiguranik s članom sindikata (zaokružiti)	SUPRUG/SUPRUGA DIJETE IZVANBRAČNA ZAJEDNICA											
Ime												
Prezime												
OIB												
Datum rođenja												
MBO matični broj osobe zdravstvenog osiguranja (nalazi se na zdravstvenoj iskaznici)												
Mjesto stanovanja i poštanski broj												
Ulica i k. br.												
Kontakt telefon												
Adresa e-pošte												
Datum kada započinje osiguranje u Allianz osiguranju												

Datum podnošenja zahtjeva	
Potpis člana sindikata * Sukladno Kolektivnom ugovoru za državne službenike i namještenike ovim putem dajem pisanu suglasnost da se posredstvom ustrojstvene jedinice nadležne za obračun plaća Ministarstva unutarnjih poslova od moje plaće, kao i od zakonom zaštićenog dijela plaće od ovrhe, svaki mjesec ustegne iznos od 8,50 eur.	
Potpis osiguranika * Svojim potpisom dajem privolu Nacionalnom sindikatu policije za prikupljanje, obradu i proslijeđivanje mojih podataka u Allianz Zagreb d.d. u svrhu ostvarivanja prava na dopunsko zdravstveno osiguranje a sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.	