

**ZAHTJEV ZA UGOVARANJEM POLICE DOPUNSKOG  
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA KOD CROATIA OSIGURANJA d.d.****PLATITELJ - ČLAN**

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....OIB .....

Adresa stanovanja .....

Telefon broj .....

.....  
( mjesto i datum ).....  
( vlastoručni potpis )**OSIGURANA OSOBA – KORISNIK OSIGURANJA**

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....OIB .....

Adresa stanovanja .....

Broj osigurane osobe .....

Telefon broj .....

.....  
( mjesto i datum ).....  
( vlastoručni potpis )

Potpisom ovog Zahtjeva prihvaćam da ugovaratelj Hrvatski sindikat telekomunikacija sklopi policu dopunskog zdravstvenog osiguranja u moje ime za razdoblje od tri godine.

Dragovoljno pristajem da Hrvatski sindikat telekomunikacija prikuplja moje osobne podatke i dalje ih obrađuje i proslijeđuje korisnicima u skladu s člankom 7. Zakona o zaštiti osobnih podataka (NN 103/03, 118/06, 41/08) u svrhu skapanja ugovora dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Potpisom ovog zahtjeva potvrđujem da sam upoznat sa Ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljenom između Hrvatskog sindikata telekomunikacija i Croatia zdravstveno osiguranje d.d.