

ZAHTJEV ZA NAKNADU PO OSNOVU NASTUPANJA TEŽE BOLESTI PO POLISI BR.

1. Ugovarač osiguranja: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mjesto) c) lični broj (JMBG)	
2. Osiguranik: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mjesto) c) zanimanje d) kontakt telefon e) lični broj (JMBG)	
3. Datum nastupanja/dijagnostikovanja teže bolesti (dan, mjesec, godina):	
4. Naziv teže bolesti i šifra po MKB	
5. Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je dijagnostikovana teža bolest (navesti i ime ljekara)	
6. Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je osiguranik liječen	
7. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima otvoren zdravstveni karton:	
8. Da li je Osiguranik prije ovog osiguranog slučaja imao povredu (neku tjelesnu manu, nedostatak, invaliditet) ili je bio bolestan i od čega?	

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno).
 Ovlašćujem ljekare koji me liječe ili su me ranije liječili da mogu pružiti sva obavještenja u vezi sa mojim zdravstvenim stanjem povodom navedenog osiguranog slučaja koje predstavnici Wiener Städtische životnog osiguranja a.d. Podgorica od njih budu tražili.

Potpisom na ovom zahtjevu ugovarač/osiguranik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će Osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovom zahtjevu, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i prenijeti svojim zaposlenima i trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Svojim potpisom ugovarač/osiguranik/korisnik potvrđuje da je izričito saglasan da Osiguravač njegove podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procjene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslijediti trećim licima sa kojima Osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

U _____, _____ god.

(potpis osiguranika)

POPIS POTREBNIH DOKUMENATA ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA

1. *Popunjen zahtjev*
2. *Original ili ovjerene foto-kopije cjelokupne medicinske dokumentacije o liječenju teže bolesti*
3. *Foto-kopija zdravstvenog kartona sa svim priložima, ovjerena od strane zdravstvene ustanove*
4. *Foto-kopija lične karte osiguranika*
5. *Foto-kopija kartice sa brojem žiro računa osiguranika*
6. *Osiguravač zadržava pravo da zahtijeva dodatnu dokumentaciju*