

ZAHTJEV ZA NAKNADU ZA SLUČAJ HIRURŠKE INTERVENCIJE PO POLISI BR.

1. Ugovarač osiguranja: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (mjesto, ulica i broj) c) lični broj (JMBG)	
2. Osiguraničnik: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mjesto) c) zanimanje d) kontakt telefon e) lični broj (JMBG)	
3. Datum uspostavljanja dijagnoze usled čega je nastupila hirurških intervencija:	
4. U kojoj zdravstvenoj ustanovi je uspostavljena dijagnoza usled čega je nastupila hirurška intervencija?	
5. Datum hirurške intervencije:	
6. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je izvršena hirurška intervencija?	
7. Uzrok nastanka hirurške intervencije:	
8. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima otvoren zdravstveni karton:	

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 i potpisan zahtjev za naknadu*
2. *Original ili ovjerene kopije cjelokupne medicinske dokumentacije*
4. *Elektronski zdravstveni karton iz nadležnog Doma zdravlja*
5. *Foto-kopija lične karte i kartice sa brojem žiro računa osiguranika*
6. *Osiguravač zadržava pravo da zahtijeva dodatnu dokumentaciju*