DDOR OSIGURANJE

Akcionarsko društvo za osiguranje "DDOR Novi Sad"
Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina br. 8
Matični broj: 08194815
PIB: 101633677

Tel. +381 21 48 86 000
Fax. +381 21 66 24 831
E-mail: ddor@ddor.co.rs
www.ddor.rs

# Prijava štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Ovaj obrazac se upotrebljava u slučaju korišćenja zdravstvenih usluga van Mreže zdravstvenih ustanova sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga ili za refundaciju troškova za prepisane lekove i medicinska pomagala.

Na adresu **DDOR Osiguranje, Poštanski pregradak 392, 21101 Novi Sad** dostavite:

| | |
|---|---|
| popunjen obrazac za prijavu štete | overen recept za lekove / medicinska pomagala |
| uput | originalni fiskalni račun |
| medicinski izveštaj lekara | kopiju kartice tekućeg računa |
| overenu specifikaciju izvršenih usluga | kopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja |

## IDENTIFIKACIONI PODACI

| | |
|---|---|
| Ime i prezime osiguranika: | Datum rođenja: |
| Ugovarač osiguranja: | Polisa broj: |
| JMBG: | Kontakti telefon: |
| LBO broj: | Adresa: |
| Isprava broj: | E-mail: |

## INSTRUKCIJE ZA PLAĆANJE

| | |
|---|---|
| Ime i prezime korisnika osiguranja: | |
| JMBG: | Adresa: |
| Poslovna banka: | Broj tekućeg računa: _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ |

## LEKARSKI TRETMANI, PREPISANI LEKOVI, MEDICINSKA POMAGALA

| DATUM USLUGE | NAZIV IZVRŠENE MEDICINSKE USLUGE | IZNOS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | **UKUPNI TROŠKOVI:** | |

U svojstvu osiguranika i/ili oštećenog, svojim potpisom potvrdjujem da sam upoznat da će Akcionarsko društvo za osiguranje "DDOR Novi Sad", Novi Sad, Bulevar Mihajla Pupina 8. (u daljem tekstu: Osiguravač), moje podatke o ličnosti sadržane u zahtevu za isplatu štete, kao i sve druge relevantne podatke utvrdjene i prikupljene od trećih lica, u postupku obrade štete čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trecim licima sa kojima Osiguravač ima zakljucen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza iz ugovora o osiguranju. Svojim potpisom nedvosmisleno potvrđujem da sam izričito saglasan da Osiguravač podatke o ličnosti iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statisticke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zakljucenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti svim članicama grupacije UNIPOL, članovima svojih organa, svojim akcionarima, zaposlenima, trećim licima sa kojima Osiguravač uspostavlja saradnju u postupku rešavanja zahteva za naknadu štete i trećim licima, koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima. Upoznat sam sa načinom i rokovima čuvanja podataka, kao i pravom na opoziv date saglasnosti pismeno, ili usmeno na zapisnik, uz saznanje da povlačenje pristanka može onemogućiti Osiguravača da realizuje obaveze po ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Mesto i datum prijave štete

Potpis osiguranog lica

ZDRAVO DA STE

DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

MEDICINSKI KONTAKT CENTAR
021 480 22 00
zdravodaste@ddor.co.rs
www.ddor.rs/zdravodaste