

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:	
Ugovarač osiguranja:	Polisa broj:
JMBG:	Kontakti telefon:
Datum rođenja:	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:		0

U svojstvu osiguranika i/ili oštećenog, svojim potpisom potvrđujem 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 utvrđene i prikupljene od trećih lica, u postupku obrade štete čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima sa kojima Osiguravač ima zaključen 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 statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zaključenju 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