

Filijala \_\_\_\_\_

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA**

UGOVARAČ: \_\_\_\_\_

1. a) Ime i prezime osiguranika b) Adresa c) Zanimanje d) Datum i mesto rođenja e) JMBG f) Broj telefona osiguranika g) Naziv banke, broj žiro- računa, tekućeg računa ili štednog uloga	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
---	--

**A. HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)**

1. Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
2. Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	_____ _____
3. Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
4. Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	_____ _____

**B. TEŽA BOLEST I POSLEDICE BOLESTI**

1. Datum kada je nesporno utvrđena bolest koja se prijavljuje	_____ _____
2. Dijagnoza bolesti	_____ _____
3. Zdravstvena ustanova i ime i prezime lekara koji je prvi postavio dijagnozu bolesti	_____ _____
4. Posledice prijavljene bolesti	_____ _____

Ovim izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno). Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja koje osiguravač u vezi sa prijavljenim slučajem bude od njih zatražio.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_ 20\_\_ god.

\_\_\_\_\_  
(potpis korisnika osiguranja)

**ZA KOLEKTIVNO DOPUNSKO  
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

**POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA**

da je \_\_\_\_\_ sa adresom \_\_\_\_\_  
ulica \_\_\_\_\_ br. \_\_\_\_\_, po zanimanju \_\_\_\_\_  
zaposlen – član u našoj organizaciji od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.  
U okviru zanimanja obavlja poslove \_\_\_\_\_,  
a osiguran je kolektivnim dopunskim zdravstvenim osiguranjem kod "DDOR NOVI SAD" a.d.o. Novi Sad  
polisom broj \_\_\_\_\_, sa početkom od \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_. godine.

Ujedno potvrđujemo da je imenovani bio zaposlen – član u našoj organizaciji na dan dešavanja osiguranog  
slučaja.

Ukoliko se premija plaća obustavom od zarade zaposlenih upisati iznos obustave za mesec u kojem je  
izvršena hirurška intervencija (operacija), odnosno u kojem je nastupila teža bolest \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ **M.P.** \_\_\_\_\_  
(mesto i datum) (potpis ovlašćenog lica)

**DDOR NOVI SAD a.d.o. NOVI SAD**

Potvrđujem da je po polisi broj \_\_\_\_\_ od ugovarača \_\_\_\_\_  
iz \_\_\_\_\_ naplaćena poslednja premija u iznosu od din. \_\_\_\_\_  
za vreme od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_. godine.

Početak osiguranja \_\_\_\_\_

Tarifa \_\_\_\_\_

Osigurana suma za:

slučaj hirurške intervencije (operacije) \_\_\_\_\_

teže bolesti i posledice bolesti \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_. godine. \_\_\_\_\_  
(pečat i potpis ovlašćenog lica)

## IZJAVA

Ja, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(ime i prezime) (adresa iz lične karte)  
JMBG \_\_\_\_\_

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 trecim 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 trecim licima, koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

Upoznat sam sa pravom na opoziv date saglasnosti pismeno, ili usmeno na zapisnik.

---

**Svojeručni potpis osiguranika / oštećenog**

**Mesto i datum:** \_\_\_\_\_