

# PRIJAVA

## osiguranog slučaja (hirurške intervencije, teže bolesti)

Ugovarač osiguranja Banca Intesa

### Podaci o vlasniku Intesa HIT tekućeg računa

Prezime i ime	JMBG
Poštanski broj	Mesto ulica i kućni broj
E-mail	Broj mobilnog telefona
Broj kartice banke	Broj računa (za koji je izdata kartica)

### Podaci o osiguranom licu (članovi porodice)

Prezime i ime	JMBG
Poštanski broj	Mesto ulica i kućni broj
E-mail	Broj mobilnog telefona
Broj tekućeg računa	

### Hirurška intervencija (operacija)

Datum kada je izvršena hirurška intervencija – operacija	Tačan naziv izvršene hirurške intervencije-dijagnoza (šifra bolesti)
--	--

**Napomena:** da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije izveštaja specijaliste i uputa za odlazak u bolnicu, zajedno sa otpusnom listom sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom za konkretni osigurani slučaj iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije.

### Teže bolesti i posledice bolesti

Datum kada se osigurano lice prvi put obratilo lekaru sa simptomima bolesti	
---	--

**Napomena:** da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije medicinske dokumentacije za konkretni osigurani slučaj i kopije izveštaja specijaliste iz kojih se može utvrditi da se dijagnostikovana bolest, utvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste po dijagnozi podudara sa nekom od bolesti pokrivenih ovim osiguranjem.

Datum kada je nesporno utvrđena prijavljena bolest	Dijagnoza (šifra bolesti)
--	---------------------------

Da li je osigurano lice već bolovalo od iste vrste teže bolesti	
---	--

Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/oštećenik potvrđuje da je na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno kao i da je upoznat da će osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju i saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju.

Svojim potpisom osiguranik/oštećenik potvrđuje da je izričito saglasan da osiguravač njegove podatke iz prethodnog stave može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja kao i da ih može proslediti 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.

Svojim potpisom ovlašćujem svakog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da osiguravaču, bez moje posebne saglasnosti, daju bilo koju informaciju, istoriju bolesti, medicinsku dokumentaciju o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju u vezi sa konkretnim osiguranim slučajem, i službeni dokument ili potvrdu koju osiguravač smatra neophodnoim za procenu osnovanosti ovog zahteva za prijavu štete.

Saglasan sam da se sva dalja korespondencija obavlja putem elektrojnske pošte DA NE

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

(potpis osiguranika)