

Prijava osiguranog slučaja

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

(Refundacija troškova)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA I PODNOSIOCU ZAHTEVA

Ugovarač osiguranja

Matični broj ugovarača

PODACI O OSIGURANIKU

Prezime, ime i očevo ime

Adresa (mesto, ulica i broj)

JMBG osiguranika

Broj Sava kartice zdrav. osiguranja

Telefon

E-mail

Saglasan/a sam da me Sava neživotno osiguranje, Sava životno osiguranje i Sava Car kontaktiraju u cilju slanja obaveštenja, promo materijala i ponuda o uslugama i akcijama, kao i da učestvujem u anketiranju i dajem saglasnost za prijem navedenih obaveštenja putem obične i elektronske pošte, telefona, mobilnih i internet aplikacija. Imate pravo opoziva datog pristanka u svakom trenutku klikom slanjem obaveštenja putem pošte na adresu Bul. vojvode Mišića 51, Beograd ili popunjavanjem forme na internet stranici <https://www.sava-osiguranje.rs/sr-rs/odjava-saglasnosti-za-marketing/>, s tim što opoziv pristanka ne utiče na dopuštenost obrade koja je vršena na osnovu pristanka pre opoziva.

DA ☐ NE ☐**Podaci o pruženoj medicinskoj usluzi – Taksativno navesti sve usluge i nastale troškove**Datum izvršenja
medicinske usluge

Naziv izvršene usluge

Naziv ustanove

Iznos usluge

INSTRUKCIJE ZA ISPLATU

Broj tekućeg računa

JMBG, Ime I Prezime vlasnika računa

Svojom potpisom podnosilac prijave potvrđuje da je na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno i da je upoznat sa činjenicom da osiguravač neće moći da postupi po prijavi ukoliko podnosilac prijave uskrati neki od podataka koji su osiguravaču nužni za obradu prijave, odnosno odbije da da saglasnost za prikupljanje i obradu podataka o ličnosti, uključujući podatke o zdravstvenom stanju i lečenju podnosioca prijave, odnosno oštećenog lica.

Svojom potpisom podnosilac prijave potvrđuje da je upoznat sa Politikom privatnosti osiguravača, kao i da je saglasan da osiguravač prikupljene podatke može, u svrhu izvršenja obaveza utvrđenih ugovorom o osiguranju, odnosno postupanja po ovoj prijavi, proslediti trećim licima sa kojima ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete, uključujući i Ugovarača osiguranja, sa kojim osiguravač ima zaključen Sporazum o obradi podataka o ličnosti. Svojom potpisom podnosilac prijave ovlašćuje zdravstvene ustanove i medicinsko osoblje koji su pružili zdravstvenu uslugu da osiguravaču, bez posebne saglasnosti, proslede sve neophodne informacije i medicinsku i drugu dokumentaciju u vezi sa zdravstvenim stanjem i lečenjem.

U _____ dana _____

Potpis

OBAVEZNA DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ ZAHTEV:

- Original računi sa fiskalnim isečkom o izvršenim uslugama
- Kopija medicinske dokumentacije u vezi sa pruženom uslugom
- Kopija lične karte (ako je osiguranik maloletno lice dostaviti podatke roditelja/staratelja)
- Kopija prve strane kartice dinarskog tekućeg računa
- Ostala dokumentacija na zahtev osiguravača