

Prijava osiguranog slučaja (hirurške intervencije, teže bolesti)

Ugovarač osiguranja: **Banca Intesa**

PODACI O VLASNIKU HIT TEKUĆEG RAČUNA

Prezime i ime	<input style="width: 80%;" type="text"/>
JMBG	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Poštanski broj	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Mesto, ulica i kućni broj	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Broj mobilnog tel. i email	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Broj kartice banke (16 cifara, npr. 1111 2222 3333 4444)	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Broj računa (za koji je izdata kartica)	<input style="width: 80%;" type="text"/>

PODACI O OSIGURANOM LICU (ČLANOVI PORODICE)

Prezime i ime	<input style="width: 80%;" type="text"/>
JMBG	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Poštanski broj	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Mesto, ulica i kućni broj	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Broj mobilnog tel. i email	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Broj tekućeg računa	<input style="width: 80%;" type="text"/>

HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)

Datum kada je izvršena hirurška intervencija - operacija	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Tačan naziv hirurške intervencije- dijagnoza (šifra bolesti)	<input style="width: 90%;" type="text"/>

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 konkretan 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	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj I kopije izveštaja specijalise 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 bolest	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Dijagnoza (šifra bolesti)	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Da li je osigurano lice već bolovalo od iste vrste teže bolesti	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Svojim 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.

Svojim 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. Svojim 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.

Saglasan/a sam da me Sava neživotno osiguranje i Sava životno osiguranje kontaktiraju, da mi šalju obavешtenja, promo materijale i ponude o uslugama i akcijama, kao i da učestvujem u anketiranju i dajem saglasnost za prijem navedenih obavешtenja putem obične i elektronske pošte, telefona, mobilnih i internet aplikacija (Molimo Vas da štiklirate kućicu ukoliko ste saglasni).

U _____ dana _____ _____ potpis osiguranog lica