

# 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			
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			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Saglasan/a sam da me Sava neživotno osiguranje i Sava životno osiguranje kontaktiraju, da mi šalju obaveštenja, promo materijale i ponude 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 (molimo vas da štiklirate kućicu ukoliko ste saglasni)</p>			
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