

Ugovarač _____

Polisa br. _____

Adresa _____

PRIJAVA TEŽE BOLESTI I HIRURŠKE INTERVENCIJE

PODACI O PODNOSIOCU ZAHTEVA/KORISNIKU OSIGURANJA

Prezime i ime osiguranika *		JMBG *	
Datum rođenja		Tačna adresa *	
E-mail adresa		Kontakt telefon *	
Zanimanje osiguranika u trenutku nastanka osiguranog slučaja *			
U kojoj organizaciji je zaposlen, odnosno član *			
Koje poslove obavlja u toj organizaciji *			

OPIS NASTANKA TEŽE BOLESTI

Datum kada se osiguranik prvi put obratio lekaru ili zdravstvenoj ustanovi sa simptomima bolesti, kada je i od strane koga utvrđena dijagnoza prijavljene bolesti	
Dijagnoza teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac	
Da li je osiguranik bolnički ili ambulantno lečen ili se leči, a u vezi sa prijavljenom težom bolesti	
Navedite broj zdravstvenog kartona osiguranika, kao i naziv i adresu zdravstvene ustanove gde se osiguranik leči ili lečio	

Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije zdravstvene dokumentacije iz koje se može uvideti da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokriveno ovim osiguranjem, zdravstveni karton i kopije izveštaja specijaliste ili bolnice, zajedno sa ostalom zdravstvenom dokumentacijom iz koje se mogu videti podaci o prijavljenoj težoj bolesti.

PODACI O HIRURŠKOJ INTERVENCIJI

Tačan datum kada je ustanovljena potreba za hirurčkom intervencijom (indikacija)	
U kojoj zdravstvenoj ustanovi je ustanovljena potreba za hirurškom intervencijom?	
Tačan datum hirurške intervencije (nastanka osiguranog slučaja)	
U kojoj zdravstvenoj ustanovi je izvršena hirurška intervencija?	
Molimo navedite koja hirurška intervencija (operacija) je izvršena:	

* obavezan podatak

POTVRDA POSLODAVCA (popunjava se i overava samo kod Ugovora o kolektivnom osiguranju)

1. _____ je član naše organizacije (društva) neprekidno od _____ god.
(Ime i prezime radnika)

Na dan osiguranog slučaja bio-la je zaposlen-a kao _____ te je obavljao-la sledeće
(zanimanje)
poslove _____
(tačan opis)

2. Do dana nastanka osiguranog slučaja nije dao izjavu da ne želi biti osiguran.

3. Osiguran je polisom za osiguranje lica za slučaj hirurške intervencije i teže bolesti broj: _____

4. Do dana prijave osiguranog slučaja, premija je plaćena za mesec _____ u iznosu od
_____ din, odnosno za ukupan broj osiguranih članova u ukupnom iznosu _____ din.

INSTRUKCIJE ZA PLAĆANJE

Broj tekućeg računa:		Naziv banke:	
Vlasnik dinarskog tekućeg računa			

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio-la tačno, istinito i potpuno! Ja, kao korisnik osiguranja svojim potpisom na ovom formularu:

Dajem svoju pismenu saglasnost da se rešenje o pravu na naknadu, obaveštenja i informacije dostavljene od strane osiguravača u elektronskoj formi na gore navedenu adresu mogu smatrati podjednako validnim kao i dokument ispostavljen u pisanoj formi; Ovlašćujem bilo kog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da 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 koje osiguravač smatra neophodnim za procenu osnovanosti ovog zahteva za prijavu osiguranog slučaja teže bolesti i hirurške intervencije; Potvrđujem da sam u potpunosti upoznat/a sa sadržinom Obaveštenja o obradi podataka o ličnosti i saglasan/na da lične podatke, koji su sadržani u ovom formularu, kao i sve druge relevantne podatke (uključujući i podatke o zdravstvenom stanju), koji u postupku obrade šteta budu utvrđeni, prikupljeni od trećih lica-zdravstvenih ustanova, Triglav osiguranje može čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima, reosiguravačima i saosiguravačima sa kojima ima potpisan ugovor o raspodeli rizika osiguranja i proceni rizika pri obnovi i zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti svim povezanim pravnim licima, članovima svojih organa, trećim licima sa kojima ostvaraju saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima (Narodna banka Srbije, predstavnici ministarstava i drugih državnih organa, eksterni revizori, i sl.); Potvrđujem da sam prethodno upoznat/a da sam saglasan/na da osiguravač može moje lične podatke i to: ime i prezime, email adresu, kontakt telefon, obrađivati u svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata-anketiranja, kao i da iste može razmenjivati sa trećim licima sa kojima ima zaključen ugovor o obradi podataka. **Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad** poslovanjem društva za osiguranje: Narodna banka Srbije, Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja ili Centar za zaštitu i edukaciju korisnika finansijskih usluga, Nemanjina br.17, 11000 Beograd, link:www.nbs.rs

U _____ dana _____ 20 _____

Potpis osiguranog lica/podnosioca zahteva
(Za maloletna lica potpis roditelja ili staratelja)

OBRAZAC
DOKUMENTA KOJI SE POTPISUJE PRILIKOM PRIJAVE ŠTETE NEŽIVOTNIH
OSIGURANJA
i koji će biti odložen u spis štete:

Obaveštenje o obradi ličnih podataka:

Akcionarsko društvo za osiguranje Triglav osiguranje Beograd, sa registrovanim sedištem na adresi Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a, matični broj 07082428, u svojstvu rukovodilača ličnih i naročito osetljivih podataka koji su prikupljeni u vezi sa podnetim zahtevom za ostvarivanje prava iz osiguranja, a u smislu davanja punovažne saglasnosti na obradu ličnih podataka, dostavlja korisniku usluge osiguranja prethodna obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi:

- Predmet obrade su lični i naročito osetljivi podaci (pol, zdravstveno stanje, osuda za krivično delo) sadržani u zahtevu za ostvarivanje prava iz osiguranja i dokumentaciji na osnovu koje je zahtev podnet. Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste izvršavanje zakonskih obaveza, ostvarivanje prava i izvršavanje obaveza preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju.
- Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, prepisivanjem, umnožavanjem, kopiranjem, prenošenjem, pretraživanjem, razvrstavanjem, pohranjivanjem, razdvajanjem, stavljanjem na uvid, organizovanjem, čuvanjem i na druge načine u skladu sa zakonom. Obrada se vrši automatski, poluautomatski i ručno. O prikupljenim podacima, rukovodilac vodi i prijavljuje zbirke podataka u skladu sa zakonom.
- Korisnici podataka su Narodna banka Srbije, ovlašćeni revizori i drugi nadležni organi u skladu sa zakonom, Uprava za sprečavanje pranja novca i Društvo za reosiguranje Dunav Re a.d.o. , Knez Mihailova 6/II, 11000 Beograd.
- Podaci se mogu izneti iz Republike Srbije u Republiku Sloveniju, u Zavarovalnicu Triglav d.d. Ljubljana, Miklošičeva cesta 19, koja je obrađivač podataka po osnovu Ugovora o add-on licenci za korišćenje informacionog sistema Zavarovalnice Triglav u društvu Triglav osiguranje, a.d.o. Beograd članici osiguravajuće grupe Triglav.
- Pravni osnov obrade je zakon i saglasnost (u daljem tekstu: pristanak na obradu). Pristanak na obradu se može opozvati pisanim putem, u tom slučaju rukovodilac ima pravo na nadoknadu opravdanih troškova i štete koja nastane u slučaju opoziva.
- U slučaju nedozvoljene obrade podataka, ugovorna strana ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti i pravo na sudsku zaštitu. Isto lice ima pravo na ispravku, dopunu, ažuriranje i brisanje podataka u skladu sa zakonom, a pravo na prekid i privremenu obustavu obrade može se ostvariti ako je osporena tačnost, potpunost i ažurnost podataka, kao i pravo da se ti podaci označe kao osporeni, dok se ne utvrdi njihova tačnost, potpunost i ažurnost.
- Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju dok postoji potreba, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka.

Saglasnost (pristanak) na obradu naročito osetljivih podataka

U smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, svojim potpisom potvrđujem da sam prethodno obavešten/a o svrsi prikupljanja i dalje obrade podataka, načinu korišćenja podataka, licima koja koriste podatke, pravnom osnovu obrade, pravu na opoziv pristanka za obradu i pravima u vezi sa nedozvoljenom obradom, da sam pažljivo pročitao/la obaveštenje o obradi podataka o ličnosti i naročito osetljivih podataka i da sam saglasan/a za obradu istih. Svojim potpisom se saglašavam i dajem pristanak za obradu ličnih podataka i naročito osetljivih podataka koji su dostavljeni i prikupljeni u vezi sa zahtevom za ostvarivanje prava iz osiguranja.

Mesto: _____

Datum: _____

potpis podnosioca zahteva