



Triglav Osiguranje a.d.o.  
Milutina Milankovića 7a  
11000 Beograd

triglav

T: 011 3305 100  
E: [stete@triglav.rs](mailto:stete@triglav.rs)  
W: [www.triglav.rs](http://www.triglav.rs)

## Prijava osiguranog slučaja po polisi Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Ovaj formular se koristi za prijavu/refundaciju po osnovu osiguranog slučaja po polisi Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Uz formular treba priložiti sledeću dokumentaciju: originalni fiskalni račun, overenu specifikaciju, overen nalaz lekara, uput, kopiju lične karte, kopiju kartice dinarskog računa.

Broj polise:		Program:	
Suma osiguranja/pokriće:		Dopunska pokrića (štiklirati):	DA / NE
Oblik (štiklirati):	pojedinačno/ kolektivno/ porodično	Učešće osiguranika u šteti %:	
Period osiguranja:	od do	Broj uputa/slučaja:	
Ugovarač osiguranja (naziv, MB, PIB)			
Adresa ugovarača osiguranja:			
Osiguranik (ime i prezime):			
Adresa osiguranika:			
JMBG i LBO osiguranika:	/		
E-mail adresa i kontakt telefon osiguranog lica:	/		
Podnosilac zahteva:			
Adresa podnosioca zahteva:			
Kontakt telefon:			

\*ukoliko su ugovarač i osiguranik isto lice, unesite jednom tražene podatke\*

### Podaci o osiguranom slučaju Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Sledeći tretmani i/ili lekovi su plaćeni i troškovi su navedeni u tabeli.

Opis osiguranog slučaja		
Datum usluge	Opis usluge i/ili prepisanog leka	Cena

### Instrukcije o plaćanju

Uplatu izvršiti osiguranom licu/ili ostalo	
(Broj dinarskog tekućeg računa, naziv banke, ime vlasnika 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 pisanu 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 svakog lekara, medicinsku ustanovu, apoteku, osiguravajuće društvo, poslodavca, sindikat ili udruženje da ovu prijavu prosledi kompaniji Triglav Osiguranje a.d.o. kako bi iznos bio adekvatno isplaćen, (u protivnom nosilac navedene polise će sam snositi ove troškove; fotokopija ove prijave smatraće se valjanom kao i original); 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 dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; 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 ministrastava i drugih državnih organa, eksterni revizori, i sl.); Potvrđujem da sam prethodno upoznat/a i da sam saglasan/na da osiguravač može moje lične podatke i to: ime i prezime, e-mail 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](http://www.nbs.rs)

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

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