



PRIJAVA ŠTETE OSIGURANJE OD TEŽIH BOLESTI I HIRURŠKIH INTERVENCIJA

Broj polise: _____

BROJ ŠTETE

Ugovarač osiguranja

Naziv Ugovarača / Ime i prezime: _____

Sedište, adresa: _____

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime: _____

JMBG (lični broj): _____

Zanimanje: _____

Adresa, telefon, e-mail: _____

Broj tekućeg
računa i banka: _____

Podaci o podnosiocu zahteva

Ime i prezime: _____

JMBG (lični broj): _____

Srodstvo sa osiguranikom: _____

Adresa, telefon, e-mail: _____

Broj tekućeg
računa i banka: _____

Podaci o osiguranom slučaju

Prijava za težu bolest

U kojoj zdravstvenoj ustanovi je utvrđena dijagnoza i ime lekara koji je utvrdio dijagnozu

Datum uspostavljanja
dijagnoze

Dijagnoza teže bolesti –
(prepisati sa med.dokumentacije)

Da li se Osiguranik leči bolnički
ili ambulantno, u vezi sa prijavljenom
bolešću? DA/NE

Ako je odgovor DA,
navesti naziv Ustanove
u kojoj se Osiguranik
leči i broj njegovog
zdravstvenog kartona

Zanimanje Osiguranika u trenutku
utvrđivanja dijagnoze teže bolesti

Prijava za hiruršku intervenciju

U kojoj zdravstvenoj ustanovi je
savetovano obavljanje hirurške
intervencije i ime lekara koji je
dao savet

Datum prijema u
bolnicu i datum izvršene
hirurške intervencije

Tačan naziv izvršene hirurške
intervencije –
(prepisati sa med. dokumentacije)

Naziv i adresa bolnice u kojoj je izvršena prijavljena hirurška intervencija	
Zanimanje Osiguranika u trenutku utvrđivanja dijagnoze teže bolesti	
Uzrok nastanka osiguranog slučaja (hirurške intervencije) - tačan i iscrpan opis kako je došlo do hirurške intervencije	

Potvrda ugovarača osiguranja (preduzeća, društva, škole, ustanove) za prijavljenu štetu po osnovu kolektivnog osiguranja od posledica nesrećnog slučaja (nezgode)

Ugovarač osiguranja:

Adresa:

Matični broj:

Ovim potvrđujemo da je:

član našeg kolektiva (radnik, član, učenik, student) neprekidno od:

U _____

Pečat i potpis ovlašćenog lica

Dana _____

Popis potrebnih dokumenata:

1. Ova prijava osiguranog slučaja
2. Kompletna medicinska dokumentacija - fotokopija (obavezan original na uvid)
3. Zdravstveni karton sa svim prilogima - fotokopija overena od strane zdravstvene ustanove
4. Kartica dinarskog tekućeg računa, obe strane – fotokopija
5. Fotokopija lične karte
6. Ostala dokumentacija na zahtev AXA Neživotnog osiguranja a.d.o.

Pod krivičnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno, potpuno i istinito. Ovlašćujem lekare koji me leče ili su me lečili, odnosno organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, da mogu dati sve podatke koje bi od njih zatražilo „AXA Neživotno osiguranje“ a.d.o. i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne.

Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, Osiguravač čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju.

Svojim potpisom osiguranik/korisnik potvrđuje da je izričito saglasan da Osiguravač može podatke iz prethodnog stava čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti svim članicama AXA Grupe, članovima svojih organa, svojim akcionarima, zaposlenima, trećim licima sa kojima Osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

U _____ dana _____ .godine

_____ Potpis osiguranika ili korisnika osiguranja