

Prijava nesrećnog slučaja (hirurška intervencija, teže bolesti)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA	
Ugovarač osiguranja	Војни синдикат Србије
Adresa (mesto, ulica i broj)	Стапарски пут Ц 12/2 Сомбор
Telefon i email	066 / 27-11-12
PODACI O OSIGURANIKU	
Prezime, ime i očevo ime	
Adresa (mesto, ulica i broj)	
Matični broj osiguranika	
Datum i mesto rođenja	
Zanimanje	
Telefon i email	
HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)	
Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	
Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	
Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	
Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	
TEŽE BOLESTI I POSLEDICE BOLESTI	
Datum kada je nesporno utvrđena bolest koja se prijavljuje	
Dijagnoza bolesti	
Zdravstvena ustanova, ime i prezime lekara koji je postavio dijagnozu bolesti	
Posledice prijavljene bolesti	
IZJAVA O NAČINU PLAĆANJA ŠTETE	
Tekući račun	
<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 _____	

POTVRDA PRAVNOG LICA OSIGURANIKA KOD KOLEKTIVNOG OSIGURANJA

Potvrđuje se da je _____
naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća – organizacije na:

neodređeno
(zaokružiti odgovarajući broj)

2. određeno vreme

počev od оснивања СГ ВСС godine, kao i da je na dan dešavanja nesrećnog slučaja, odnosno Запослен у ВС и МО
godine bio osiguran iz osnova ugovora o Колективном комбинованом осигурању чланова Војног синдиката Србије
po polisi broj _____ važećoj za period od 01.05.2022. do 30.04.2023. godine.

Po navedenom ugovoru o osiguranju premija je plaćena u celosti u iznosu od _____ dinara.

dana _____ odnosno plaća se u _____ rate, s tim što su do dana ove overe plaćene _____
rate u iznosu od _____ dinara.

u Сомбору _____ дана _____

Зоран Зурковић

Pečat i potpis ovlašćenog lica – ugovarača osiguranja