



PRIJAVA

OSIGURANOG SLUČAJA OBOLJEVANJA OD RAKA

DIREKCIJA ZA NAKNADU ŠTETA

Centar za naknadu šteta

Šteta broj

Polisa broj

Ugovarač osiguranja	_____
Matični broj ugovarača	_____
Osiguranik	_____
Matični broj	_____
Adresa	_____
Tekući račun	_____
Telefon	_____
E-mail	_____
Dan, mesec i godina nastanka osiguranog slučaja	_____
Naziv bolesti	_____
Da li imate zdravstveni karton (naziv zdravstvene ustanove i lekara)?	_____

Na ovaj način dajem pisanu saglasnost na osnovu koje Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o. ima pravo da zatraži moju zdravstvenu dokumentaciju i pribavi informacije o mom zdravstvenom stanju od trećih lica.

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i potpuno.

U dana 20..... god.
Osiguranik

Podnosilac ove Prijave štete potvrđuje da je prethodno upoznat i saglasan da Osiguravač može njegove lične podatke i to: ime i prezime, E-mail i broj telefona, obrađivati u svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata – anketiranja, radi sprovođenja Projekta analize zadovoljstva klijenata kao i da je saglasan da Osiguravač, u svrhu obaveštenja o svojim aktivnostima, uslugama i novim proizvodima, dostavlja prospekte, obaveštenja putem pozivnih sredstava, elektronskih poruka ili na drugi način. Svojim potpisom osiguranik potvrđuje da je saglasan da Osiguravač njegove lične podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, informisanja kao i da ih može proslediti Kontrolisanim društvima Kompanije – Dunavturist, Dunav društvo za upravljanje dobrovoljnim penzijskim fondom, Dunav auto.



UGOVARAČ OSIGURANJA

Matični broj

Adresa

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA

Potvrđujem da je bio u radnom odnosu kod

ove organizacija dana godine, kada je nastao osigurani slučaj.

..... je u ovoj organizaciji zaposlen/a na:

– određeno vreme od do

– neodređeno vreme, neprekidno od

Potvrđujem da se nalazi na spisku

osiguranih lica, koji je sastavni deo polise broj, pod rednim brojem

Potvrda se izdaje isključivo radi regulisanja naknade po osnovu zaključenog kolektivnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj

oboljevanja od raka prema polisi broj kod Glavne filijale

U dana 20..... god.

Za Ugovarača osiguranja

Pečat i potpis ovlašćenog lica

OB-710