ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ

ДИРЕКЦИЈА ЗА НАКНАДУ ШТЕТА Штета број _____
Центар за накнаду штета _____ Полиса број _____

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА
ТЕЖИХ БОЛЕСТИ И ХИРУРШКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

Уговарач осигурања _____ Матични број _____

Осигураник_____

Адреса _____

Матични број _____ Текући рачун _____

Телефон _____ E-mail _____

Подаци о осигураном случају:

Дан, месец и година настанка осигураног случаја	
Назив болести/хируршке интервенције	
Здравствена установа у којој је проведено лечење/извршена хируршка интервенција	
Да ли сте пре ове имали другу хируршку интервенцију и коју?	
Да ли имате здравствени картон (назив здравствене установе и лекара)?	

Овим изјављујем да сам на сва питања одговорио/ла истинито и потпуно.

У _____, _____ године _____
Осигураник/овлашћено лице

ОБ-338
Уговарач осигурања _____ Матични број _____

Адреса _____

Подносилац ове Пријаве штете потврђује да је претходно упознат и сагласан да Осигуравач може његове личне податке и то: име и презиме, е-маил и број телефона, обрађивати у сврху испитивања задовољства клијентата – анкетирања, ради спровођења Пројекта анализе задовољства клијената као и да је сагласан да Осигуравач, у сврхз обавештења о својим активностима, услугама и новим производима, доставља проспекте, обавештења путем позивних средстава, електронских порука или на други начин. Својим потписом осигураник потврђује да је сагласан да Осигуравач његове личне податке из претходног става може чувати, обрађивати и користити у статистичке сврхе, при обнови или закључењу будућих уговора о осигурању, информисања као и да их може проследити Контролисаним друштвима Компаније – Дунав турист, Дунав друштво за управљање добровољним пензијским фондом, Дунав ауто.

ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ

ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

Потврђујем да је _____ био у радном односу код ове организација дана _____ године, када је настао осигурани случај.

_____ је у овој организацији запослен/а на:

– одређено време од _____ до _____
– неодређено време, непрекидно од _____ .

Потврда се издаје искључиво ради регулисања накнаде трошкова на основу закљученог колективног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција према полиси број _____ код _____ _____.

За Уговарача осигурања

У _____, _____ год.

_____
Печат и потпис овлашћеног лица

ОБ-338

Подносилац ове Пријаве штете потврђује да је претходно упознат и сагласан да Осигуравач може његове личне податке и то: име и презиме, е-маил и број телефона, обрађивати у сврху испитивања задовољства клијентата – анкетирања, ради спровођења Пројекта анализе задовољства клијената као и да је сагласан да Осигуравач, у сврхз обавештења о својим активностима, услугама и новим производима, доставља проспекте, обавештења путем позивних средстава, електронских порука или на други начин. Својим потписом осигураник потврђује да је сагласан да Осигуравач његове личне податке из претходног става може чувати, обрађивати и користити у статистичке сврхе, при обнови или закључењу будућих уговора о осигурању, информисања као и да их може проследити Контролисаним друштвима Компаније – Дунав турист, Дунав друштво за управљање добровољним пензијским фондом, Дунав ауто.