

Broj polise

## OSIGURANIK

IME I PREZIME

JMBG

POŠTANSKI BROJ

BROJ ID KARTICE

MESTO

ULICA I BROJ

TELEFON

E-MAIL

## POPUNJAVA ZDRAVSTVENA USTANOVA

### ZDRAVSTVENA USTANOVA koja podnosi ovaj zahtev

NAZIV

MATIČNI BROJ

MESTO

PIB

TELEFON KONTAKT  
OSOBE U USTANOVI

ULICA I BROJ

FAX

POŠTANSKI BROJ

E-MAIL

- 1.1. Da li je ustanova član mreže prioritetnih pružalaca usluga WSO  
*Ako je odgovor DA upisati detalje*

DA NE

- 1.4. Dijagnoza (povrede/bolesti)

- 1.2 Datum nastanka bolesti / povrede

- 1.3. Razlog za sprovođenje medicinskog tretmana (zaokružiti i navesti)  
nesrećni slučaj

bolest

1.5. Procedura i opis tretmana / operacije sa detaljnom specifikacijom troškova

1.6. Planirani datum operacije

1.7. Ukupno planirani troškovi u EUR

1.8. Ukoliko je neophodno prisustvo asistenta navesti razloge

Ovaj zahtev se dostavlja osiguravaču najkasnije 14 dana pre planiranog tretmana/operacije, u skladu sa uslovima osiguranja, pismenim putem na adresu Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd, Trešnjinog cveta 1, 11070 Novi Beograd ili na e-mail [lekar@wiener.co.rs](mailto:lekar@wiener.co.rs).

**NAPOMENA:** Nepodnošenje ovog obrasca može prouzrokovati značajne troškove za osiguranika.

Društvo za osiguranje Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti prikuplja, obrađuje i postupa sa podacima o ugovaraču osiguranja/osiguraniku u svrhu ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju. Podaci koji se prikupljaju i obrađuju su: ime i prezime, JMBG, adresa, telefon, e-mail, kao i naročito osetljiv podatak o zdravstvenom stanju.

Prikupljene podatke po osnovu ugovora o osiguranju, Društvo može proslediti reosiguravaču ili saosiguravaču, svojim zaposlenima i radno angažovanim licima na izvršenju ugovora kao i zaposlenima u državnim organima i drugim institucijama koje po prirodi posla ostvaruju uvid ili obrađuju podatke u skladu sa zakonom. Ugovarač osiguranja/osiguranik ima pravo da u slučaju nedozvoljene obrade podataka, odnosno obrade suprotne cilju ispunjenja ugovora o osiguranju opozove pristanak za obradu podataka kao i pravo na obaveštenje, uvid u podatke i kopiju istih.

Mesto, datum

Za zdravstvenu ustanovu

Oznaka: WS.C07.0.Z.22.05

## Procena osiguravača

OSIGURAVAČ

Ukupno odobreni troškovi

Ugovorena participacija osiguranika

Dodatna participacija osiguranika

Komentar

### AUTORIZACIJA:

Na osnovu informacija navedenih u ovom obrascu i navedenih iznosa participacija, osiguravač ovim dokumentom daje autorizaciju navedenog tretmana i potvrđuje da će biti pokriven u skladu sa važećim uslovima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. U autorizaciji potrebnog tretmana osiguravač se oslanja na verodostojnost informacija datih od strane medicinske ustanove.

Svaka zloupotreba ili neistiniti iskaz činiće ovu autorizaciju nevažećom i ništavom.

Osiguravač ima pravo da zahteva svu potrebnu medicinsku dokumentaciju čije pribavljanje pada na teret osiguranika. U slučaju da osiguranik ne dostavi relevantnu medicinsku dokumentaciju, Osiguravač zadržava pravo da ne prihvati nakandu troškova.

Na osnovu ove autorizacije osiguravač prihvata nadoknadu troškova navedenoj medicinskoj ustanovi za navedeni tretman, u iznosu koji ne prelazi navedene ukupno odobrene troškove. Osiguravač će nadoknaditi troškove nakon dostavljanja kompletne dokumentacije, u roku propisanom uslovima osiguranja. Osiguravač prihvata činjenicu da iskazi navedeni u ovom obrascu mogu biti promenjeni na osnovu nepredviđenih okolnosti ili medicinskih komplikacija i pristaje da eventualne dodatne troškove takođe nadoknadi, a prema važećim uslovima osiguranja.

Mesto, datum

Za osiguravača