

**Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
Voluntary Health Insurance Claim Form**

Ovaj formular se koristi samo ako se koriste usluge lekara koji NIJE u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga. Pošaljite ovaj formular, zajedno sa fiskalnim računom, overenom specifikacijom, nalazima lekara i uputima na adresu koja se nalazi na dnu formulara. Zahtev treba poslati čim vam to zdravstveno stanje dozvoli.

This form is used only for the services of a physician who is NOT part of the healthcare service providers Network. Send this form, with a fiscal receipt, certified specification, doctor's reports and referrals to the address at the end of the form. Send this Claim as soon as your health condition allows you to.

A - IDENTIFIKACIONI PODACI / PERSONAL INFORMATION**PODACI O OSIGURANOM LICU (koje je koristilo medicinske usluge) /
INSURED PERSON (person provided with medical services)**

Ime: First name:	<input type="text"/>	Broj polise: Policy number:	<input type="text"/>
Prezime: Last name:	<input type="text"/>	Br. isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osig.: Voluntary Health Insurance Card number:	<input type="text"/>
Datum rođenja: Date of birth:	<input type="text"/>	Adresa: Address:	<input type="text"/>
Broj lične karte: ID card number:	<input type="text"/>	Telefon: Telephone:	<input type="text"/>
E-mail adresa osiguranog lica: E-mail address of the insured person:	<input type="text"/>		

Ja, kao korisnik osiguranja, svojim potpisom na ovom obrascu dajem svoju pismenu saglasnost da se rešenje o pravu na naknadu, obaveštenja i informacije dostavljene od strane osiguravača u elektronskoj formi na gorenavedenu adresu mogu smatrati podjednako validnim kao i dokumenti ispostavljeni u pismenoj formi.

I, the undersigned insurance beneficiary, hereby give my written consent that the decision on the right to a compensation, notifications and information submitted by the Insurer electronically to the specified e-mail address can be considered as valid as the documents submitted in written form.

**B - INSTRUKCIJE ZA PLAĆANJE (popunjava osigurano lice) /
PAYMENT INSTRUCTIONS (to be completed by the insured person)**

Uplatu izvršiti: Payment to be made to:	<input type="checkbox"/> Osiguranom licu Insured person	<input type="checkbox"/> Ostalo Other	Ime i prezime vlasnika računa: Full name of the account holder:	<input type="text"/>
Poslovna banka: Commercial bank:	<input type="text"/>	Broj tekućeg računa / Current account number:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

Sledeći tretmani i/ili prepisani lekovi su plaćeni i troškovi su navedeni u donjoj tabeli. Priložite originalne fiskalne račune i kopiju medicinske dokumentacije da bi vam troškovi bili refundirani.

The following treatments/prescribed drugs are paid and the expenses are listed in the table below. To obtain a refund of expenses, enclose the original fiscal receipts and a photocopy of medical records.

Datum usluge Date	Opis usluge i/ili prepisanog leka Description of service and/or prescribed drug	Gena Cost
Ukupan iznos plaćen od strane pacijenta: Total amount paid by the patient:		

Garantujem da su svi gorenavedeni podaci tačni i istiniti. Fotokopija ovog formulara smatraće se podjednako valjanom kao i original. Potpisom na ovom zahtevu ovlašćujem bilo kog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da osiguravaču, bez moje posebne saglasnosti, daju bilo koju informaciju, istoriju bolesti, medicinsku dokumentaciju o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju u vezi sa konkretnim osiguranim slučajem i službeni dokument ili potvrdu koje osiguravač smatra neophodnim za procenu osnovanosti ovog zahteva za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Potpisom na ovom zahtevu potvrđujem da sam u potpunosti upoznat/a sa sadržinom Obaveštenja o obradi podataka o ličnosti i izričito saglasan/na da lične podatke koji su sadržani u ovom zahtevu, kao i sve druge relevantne podatke (uključujući i podatke o zdravstvenom stanju) koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, zdravstvenih ustanova, Milenijum osiguranje a.d.o. može čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i reosiguravačima ili saosiguravačima sa kojima bude zaključio ugovor o raspodeli rizika osiguranja, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Takođe, potvrđujem da sam izričito saglasan/na da Milenijum osiguranje a.d.o. podatke iz prethodnog stava može 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 povezanim pravnim licima, članovima svojih organa, trećim licima sa kojima ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima (Narodna banka Srbije, predstavnici ministarstava i drugih državnih organa, eksterni revizori i sl.).

I hereby guarantee that all the above information is true and accurate. I authorize any physician, medical institution, pharmacy, insurance company, employer, union or association to send this Claim to Milenijum osiguranje a.d.o. so that the amount can be paid properly. Otherwise, the policyholder shall personally bear these expenses. A photocopy of this Form shall be considered equally valid as the original. I hereby authorize any physician or medical staff member, hospital or another medical institution, social security or another insurance company to issue to the Insurer, without my explicit consent, any information, medical history, medical records on current and preexisting health condition regarding this insured event and official document or a certificate the Insurer considers necessary to assess the grounds of this Voluntary Health Insurance Claim. I hereby certify that I am fully informed about the content of the personal data processing Notice and I fully authorize Milenijum osiguranje a.d.o., to store, process, use and send to its employees, reinsurers or coinsurers with whom it enters into agreement on insurance risk sharing, the personal data listed in this Claim form and all other relevant information (including the information on health condition) which have been determined and obtained from third parties – medical institutions in the process of claims administration, in order to fulfill contractual obligations set out in the insurance contract. I also certify that I fully authorize Milenijum osiguranje a.d.o. to store, process and use the information referred to in the previous paragraph, for statistical purposes, for the purpose of risk monitoring during the period of insurance, and risk assessment at the time of insurance renewal or conclusion of future insurance contracts, and to forward them to all related legal entities, members of its bodies and third parties with whom it collaborates in the process of claim settlement, and to third parties who, in accordance with the law and by nature of their work, must have access to these data (National Bank of Serbia, ministry representatives and government officials, external auditors, etc.).

Datum
Date

Potpis osiguranog lica (Za maloletna lica, potpis roditelja ili staratelja)
Signature of the insured person (For minors, signature of a parent or legal guardian)



OBAVEŠTENJE O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

Obrada podataka u svrhu ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, ul. Bulevar Milutina Milankovića br. 3b („Društvo“) rukovalac je ličnih podataka osiguranika/korisnika osiguranja, uključujući i podataka o zdravstvenom stanju, koji se prikupljaju i obrađuju u cilju ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju. Obrada podataka se vrši na osnovu ugovora o osiguranju i bez prikupljanja i obrade ličnih podataka osiguranika/korisnika osiguranja Društvo nije u mogućnosti da ispunji svoje obaveze iz ugovora o osiguranju. Ove podatke Društvo čuva 10 godina od utvrđivanja štete, odnosno isplate ugovorenih iznosa iz ugovora o osiguranju, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Lične podatke ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo prosleđuje:

- 1) Svojim akcionarima i zaposlenima koji po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima kao i trećim licima sa kojima Društvo ima zaključen ugovor a za potrebe ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju;
- 2) ovlašćenim državnim organima na njihov zahtev;
- 3) ovlašćenom revizorskom društvu koje je Društvo obavezno da angažuje u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju;
- 4) reosiguravaču sa kojim Društvo ima zaključen ugovor o reosiguranju;
- 5) zdravstvenim ustanovama sa kojima ima zaključen ugovor o pružanju usluga.

Prenos podataka se vrši na osnovu na osnovu preduzetih adekvatnih mera zaštite u vidu standardne ugovorene klauzule, osim u slučaju prenosa podataka ovlašćenim državnim organima kojima se podaci dostavljaju na osnovu zakona.

Za pitanja koja se tiču obrade vaših podataka možete nas kontaktirati na sledeći način:

Lice za zaštitu podataka o ličnosti: Snežana Minić

- kontakt centar: (+381) 11 715 23 00,
- e-mail adresa: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs,
- pošta: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Bulevar Milutina Milankovića br. 3B, 11 070 Novi Baeograd

Obrada podataka u marketinške svrhe

Društvo lične podatke osiguranika/korisnika osiguranja i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte, adresu prebivališta obrađuje u cilju obaveštavanja o promocijama i ponudama usluge osiguranja, samo na osnovu prethodne saglasnosti. Podatke koje obrađuje u cilju nuđenja usluga osiguranja i obaveštavanja o promotivnim akcijama Društvo čuva pet godina, odnosno do opoziva saglasnosti, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Vaša prava

U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo na: opoziv saglasnosti, pravo na pristup, pravo na ispravku i dopunu, pravo na brisanje, kao i prava na ograničenje obrade podataka, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka.

Ukoliko se obrada podataka o ličnosti vrši na osnovu prethodno date saglasnosti, ta saglasnost se može opozvati u svakom trenutku u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Opoziv saglasnosti neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu saglasnosti pre opoziva.

Ukoliko smatra da je obrada podataka o ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.