

SAGLASNOST OSIGURANIKA

U svrhu rješavanja podnesenog zahtjeva za naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo, dajem izričitu saglasnost da Osiguravač može prikupljati i obrađivati moje lične podatke, uključujući podatke o zdravstvenom stanju, u obimu potrebnom za utvrđivanje osiguranog slučaja, medicinske opravdanosti liječenja i odlučivanje o pravu na naknadu iz osiguranja.

Radi utvrđivanja osnova i obima obaveze Osiguravača:

- obavezujem se dostaviti relevantnu medicinsku dokumentaciju i podatke o svom zdravstvenom stanju,
- ovlašćujem ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo da može, na osnovu ove izjave, od zdravstvenih ustanova, ljekara, laboratorija i drugih lica koja raspolažu medicinskom dokumentacijom zatražiti i pribaviti podatke i dokumentaciju potrebnu za odlučivanje o ovom zahtjevu.

U tom smislu oslobađam navedene zdravstvene ustanove i zdravstvene radnike obaveze čuvanja medicinske tajne prema Osiguravaču u obimu potrebnom za rješavanje ovog zahtjeva.

Upoznat/a sam da povlačenje ove saglasnosti može uticati na odlučivanje o zahtjevu iz osiguranja.

Potpis osiguranika: _____