

PRIJAVA

smtnjog slučaja usled nezgode

Ugovarač osiguranja Banca Intesa

Podaci o vlasniku Intesa HIT tekućeg računa

Prezime i ime	JMBG
Poštanski broj	Mesto ulica i kućni broj
E-mail	Broj mobilnog telefona
Broj kartice banke	Broj računa (za koji je izdata kartica)

Podaci o osiguranom licu (članovi porodice)

Prezime i ime	JMBG
Poštanski broj	Mesto ulica i kućni broj
E-mail	Broj mobilnog telefona
Broj tekućeg računa	

Podaci o događaju

Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj	
Datum i sat smrti	
Opis događaja-mesto, vreme, način, uzrok nastanka	
Da li je izvršena obdukcija? Ako jeste kada i u kojoj ustanovi?	
Da li postoji sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili pokušajem istog?	
Da li je osiguranik bio pod uticajem alkohola ili narkotika?	
Da li ima sumnje da su smrt uzrokovala treća lica?	
Da li je u ovom smrtnom slučaju sprovedena istraga? Ako jeste koji su je organi vodili?	

Podaci o korisniku

Prezime i ime	
Poštanski broj	Mesto ulica i kućni broj
E-mail	Broj mobilnog telefona

Srodstvo sa osiguranikom

Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/oštećenik potvrđuje da je na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno kao i da je upoznat da će osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima I trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju i saosiguranju, a svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju.

Svojim potpisom osiguranik/oštećenik potvrđuje da je izričito saglasan da osiguravač njegove podatke iz prethodnog stave može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja kao i da ih može proslediti trećim licima sa kojima osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

Svojim potpisom ovlašćujem svakog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da osiguravač, 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 koju osiguravač smatra neophodnoim za procenu osnovanosti ovog zahteva za prijavu štete.

Saglasan sam da se sva dalja korespondencija obavlja putem elektrojske pošte DA NE

U _____ dana _____

(potpis osiguranika)

