

Prijava nesrećnog slučaja

(hirurška intervencija, teže bolesti)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA

Ugovarač osiguranja

Adresa (mesto, ulica i broj)

Telefon i email

PODACI O OSIGURANIKU

Prezime, ime i očevo ime

Adresa (mesto, ulica i broj)

Matični broj osiguranika

Datum i mesto rođenja

Zanimanje

Telefon i email

Saglasan/a sam da me Sava neživotno osiguranje, Sava životno osiguranje i Sava Car kontaktiraju u cilju slanja obaveštenja, promo materijala i ponuda o uslugama i akcijama, kao i da učestvujem u anketiranju i dajem saglasnost za prijem navedenih obaveštenja putem obične i elektronske pošte, telefona, mobilnih i internet aplikacija. Imate pravo opoziva datog pristanka u svakom trenutku klikom slanjem obaveštenja putem pošte na adresu Bul. vojvode Mišića 51, Beograd ili popunjavanjem forme na internet stranici <https://www.sava-osiguranje.rs/sr-rs/odjava-saglasnosti-za-marketing/>, s tim što opoziv pristanka ne utiče na dopuštenost obrade koja je vršena na osnovu pristanka pre opoziva.

DA ☐ NE ☐

HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)

Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)

Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza

Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)

Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)

TEŽE BOLESTI I POSLEDICE BOLESTI

Datum kada je nesporno utvrđena bolest koja se prijavljuje

Dijagnoza bolesti

Zdravstvena ustanova, ime i prezime lekara koji je postavio dijagnozu bolesti

Posledice prijavljene bolesti

IZJAVA O NAČINU PLAĆANJA ŠTETE

Tekući račun

Svojim potpisom podnosilac prijave potvrđuje da je na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno i da je upoznat sa činjenicom da osiguravač neće moći da postupi po prijavi ukoliko podnosilac prijave uskrati neki od podataka koji su osiguravaču nužni za obradu prijave, odnosno odbije da da saglasnost za prikupljanje i obradu podataka o ličnosti, uključujući podatke o zdravstvenom stanju i lečenju podnosioca prijave, odnosno oštećenog lica.

Svojim potpisom podnosilac prijave potvrđuje da je upoznat sa Politikom privatnosti osiguravača, kao i da je saglasan da osiguravač prikupljene podatke može, u svrhu izvršenja obaveza utvrđenih ugovorom o osiguranju, odnosno postupanja po ovoj prijavi, proslediti trećim licima sa kojima ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete, uključujući i Ugovarača osiguranja, sa kojim osiguravač ima zaključen Sporazum o obradi podataka o ličnosti. Svojim potpisom podnosilac prijave ovlašćuje zdravstvene ustanove i medicinsko osoblje koji su pružili zdravstvenu uslugu da osiguravaču, bez posebne saglasnosti, proslede sve neophodne informacije i medicinsku i drugu dokumentaciju u vezi sa zdravstvenim stanjem i lečenjem.

U _____ dana _____

Potpis

POTVRDA PRAVNOG LICA OSIGURANIKA KOD KOLEKTIVNOG OSIGURANJA

Potvrđuje se da je _____
naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća – organizacije na:

1. neodređeno
 2. određeno vreme
- (zaokružiti odgovarajući broj)

počev od _____ godine, kao i da je na dan dešavanja nesrećnog slučaja, odnosno _____
godine bio osiguran iz osnova ugovora o _____
po polisi broj _____ važećoj za period od _____ do _____ godine.

Po navedenom ugovoru o osiguranju premija je plaćena u celosti u iznosu od _____ dinara.
dana _____ odnosno plaća se u _____ rate, s tim što su do dana ove overe plaćene _____
rate u iznosu od _____ dinara.

U _____ dana _____

Pečat i potpis ovlašćenog lica – ugovarača osiguranja