

Prijava nesrećnog slučaja

(hirurška intervencija, teže bolesti)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA	
Ugovarač osiguranja	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
PODACI O OSIGURANIKU	
Prezime, ime i očevo ime	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Matični broj osiguranika	<input type="text"/>
Datum i mesto rođenja	<input type="text"/>
Zanimanje	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)	
Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	<input type="text"/>
Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	<input type="text"/>
Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	<input type="text"/>
Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	<input type="text"/>
TEŽE BOLESTI I POSLEDICE BOLESTI	
Datum kada je nesporno utvrđena bolest koja se prijavljuje	<input type="text"/>
Dijagnoza bolesti	<input type="text"/>
Zdravstvena ustanova, ime i prezime lekara koji je postavio dijagnozu bolesti	<input type="text"/>
Posledice prijavljene bolesti	<input type="text"/>
IZJAVA O NAČINU PLAĆANJA ŠTETE	
Tekući račun	<input type="text"/>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Saglasan/a sam da me Sava neživotno osiguranje i Sava životno osiguranje kontaktiraju, da mi šalju obaveštenja, promo materijale i ponude 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 (molimo vas da štiklirate kućicu ukoliko ste saglasni)</p>	
U _____	dana _____
Potpis	

POTVRDA PRAVNOG LICA OSIGURANIK KOD KOLEKTIVNOG OSIGURANJA

Potvrđuje se da je _____

naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća – organizacije na:

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

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