

PRIJAVA ŠTETE

osiguranje odgovornosti iz delatnosti

Šteta broj: OD - _____

Vaš znak: _____

po polisi broj _____

PODACI O OSIGURANIKU

Naziv / Ime i prezime osiguranika

Adresa (mesto, ulica i broj)

Kontakt osoba

Telefon i email

PODACI O OŠTEĆENIKU

Naziv - Ime i prezime oštećenika

Adresa (mesto, ulica i broj)

Kontakt osoba

Telefon i email

Tekući račun
za uplatu naknade iz osiguranja

PODACI O ŠTETI

Datum nastanka štete

Mesto nastanka štete

Uzrok nastanka štete

Da li su na mesto nezgode izlazili
nadležni organi MUP-a?

Koje su telesne povrede nastupile?

Koji su predmeti oštećeni - uništeni?

Zahtevani iznos odštete

DOSTAVITI OSIGURAVAČU:

- a) zapisnik o uviđaju nadležnog organa, ako je štetni događaj prouzrokovan rizikom za koji je po važećim propisima obavezan uviđaj nadležnog organa;
b) komisijski zapisnik ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika za štetni događaj prouzrokovan rizikom za koji se ne zahteva uviđaj nadležnog državnog organa;
c) izjavu o štetnom događaju odgovornog lica, overenu potpisom i pečatom ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika;
d) drugu dokumentaciju (fotografije, račun sa radnim nalogom i sl.)

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.

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)

U _____ dana _____

potpis osiguranika/oštećenika