

Prijava nesrećnog slučaja

Ugovarač osiguranja: Banca Intesa

PODACI O VLASNIKU INTESA HIT TEKUĆEG RAČUNA

Prezime i ime	
JMBG	
Poštanski broj	
Mesto, ulica i kućni broj	
Broj mobilnog tel. i email	
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	
Broj mobilnog tel. i email	
Broj tekućeg računa	

PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU

Datum nastanka nesrećnog slučaja (navesti vreme)	
Mesto nastanka nesrećnog slučaja	
Detaljan opis nezgode	

Zbog ovog nesrećnog slučaja bio/la sam nesposoban/a za rad	od	do
Dijagnoza o povredi (iz medicinske dokumentacije)		
Koja zdravstvena ustanova je pružila pomoć?		
U kojoj ustanovi se nalazi zdravstveni karton osiguranika (navesti ime i prezime izabranog lekara)?		
a) Da li je povređeni i ranije pretrpeo telesnu povredu, kakvu i kada?		
b) Da li je ta ranija povreda imala za posledicu trajni invaliditet i u kom stepenu?		
c) Da li je osiguranik u momentu nastanka nesrećnog slučaja bio pod uticajem alkohola ili narkotika i u kom stepenu?		
d) Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji organ je tu istragu vršio?		

Svojom 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.

Svojom 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. Svojom 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 osiguranog lica