

Prijava smrtnog 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	
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 DOGAĐAJU

Datum i sat kada se dogodio nesrećni 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 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	
Broj mobilnog tel. i email	
Srodstvo sa osiguranikom	

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 / korisnika osiguranja