

Prijava nesrećnog slučaja (smrt od nesreće)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA	
Naziv – ime i prezime ugovarača	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime osiguranika	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Matični broj osiguranika	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU	
Datum nastanka nesrećnog slučaja	<input type="text"/>
Mesto nastanka nesrećnog slučaja	<input type="text"/>
Ako je nastupio osigurani slučaj – smrt od nesreće, navesti uzrok nesreće:	<input type="text"/>
Ako je nastupio osigurani slučaj – prirodna smrt od bolesti, navesti:	<input type="text"/>
Kada je prvi put konstatovana bolest od koje je osiguranik umro	<input type="text"/>
Od koje je bolesti osiguranik umro	<input type="text"/>
Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je osiguranik lečen	<input type="text"/>
PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA	
Ime i prezime	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Srodstvo sa osiguranikom	<input type="text"/>
Telefon i email	<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 korisnika osiguranja	

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