

Prijava nesrećnog slučaja

(učenici, studenti)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA	
Ugovarača osiguranja (škola/fakultet)	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj) i telefon	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime	<input type="text"/>
Adresa (mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Matični broj osiguranika	<input type="text"/>
Datum i mesto rođenja	<input type="text"/>
Za maloletnog učenika prezime i ime jednog od roditelja	<input type="text"/>
Telefon i email	<input type="text"/>
PODACI O NESREĆNOM SLUČAJU	
Datum nastanka nesrećnog slučaja (navesti sat i minut)	<input type="text"/>
Mesto nastanka nesrećnog slučaja	<input type="text"/>
Opis nesrećnog slučaja (način dešavanja, uzrok)	<input type="text"/>
Koje povrede su nastupile (kratak opis vrste zadobijenih povreda)	<input type="text"/>
Ime i adresa očevidaca nesrećnog slučaja	<input type="text"/>
Naziv zdravstvene ustanove u kojoj ste se lečili	<input type="text"/>
Da li su i koji državni organi izlazili na mesto nezgode	<input type="text"/>
IZJAVA O NAČINU PLAĆANJA ŠTETE	
Tekući račun	<input type="text"/>

PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA ZA SLUČAJ SMRTI OD NEZGODE

Ime i prezime korisnika osiguranja

Adresa (mesto, ulica i broj)

Matični broj korisnika osiguranja

Telefon i email

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 odnosno korisnika osiguranja**POTVRDA ŠKOLE/FAKULTETA**

Potvrđuje se da je _____

Koji je u prijavi naveden kao osiguranik, redovan učenik – student ove škole – fakulteta u školskoj _____ godini, kao i da je upisan na upisnom listu pod rednim brojem _____. Imenovani osiguranik uplatio je premiju za osiguranje za navedenu školsku godinu u iznosu od _____ dinara, dana _____ godine.

Zbog povreda zadobijenih u opisanom nesrećnom slučaju nije pohađao nastavu počev od _____ godine, do zaključno sa _____ godine.

Napomena ako je imenovani učenik – student povrede zadobio za vreme nastave, odnosno u školi – fakultetu, molimo da date kratak opis načina dešavanja nezgode.

U _____ dana _____

potpis ovlašćenog radnika i pečat škole - fakulteta