

Prijava osiguranog slučaja usled prolazne nesposobnosti za rad - Bolovanje

OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ NEMOGUĆNOSTI OTPLATE KREDITA

PODACI O OSIGURANIKU/KORISNIKU KREDITA

Prezime i ime	
JMBG	
Poštanski broj	
Mesto, ulica i kućni broj	
Broj mobilnog tel. i email	
Broj lične karte/pasoša	
Broj polise osiguranja	
Broj partije kredita	
Broj računa	

PODACI O DOGAĐAJU

Datum i vreme nastanka osiguranog slučaja		
Mesto nastanka osiguranog slučaja		
Period trajanja prolazne nesposobnosti za rad	OD	DO

Opis događaja-mesto, vreme, način uzrok nastanka

POPIS NEOPHODNIH DOKUMENTA KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI

Popunjena prijava osiguranog slučaja	☐
Kopija kompletne medicinske dokumentacije	☐
Dokaz o dešavanju nesrećnog slučaja (Zapisnik MUP-a i sl)	☐
Doznake – izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad	☐
Polisa osiguranja	☐
Anuitetni plan otplate kredita	☐
Kopija očitane lične karte osiguranika	☐

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, Sava životno osiguranje i Sava Car kontaktiraju u cilju slanja obaveštenja, promo materijala i ponuda 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. Imate pravo opoziva datog pristanka u svakom trenutku klikom slanjem obaveštenja putem pošte na adresu Bul. vojvode Mišića 51, Beograd ili popunjavanjem forme na internet stranici <https://www.sava-osiguranje.rs/sr-rs/odjava-saglasnosti-za-marketing/>, s tim što opoziv pristanka ne utiče na dopuštenost obrade koja je vršena na osnovu pristanka pre opoziva.

DA ☐ NE ☐

U _____ dana _____

potpis osiguranog lica / korisnika osiguranja