



ODŠTETNI ZAHTEV
Q.Z.19.01
-prijavanezgode-

Izdanje:01
Datum: 12.08.2019

Sektor zaprijem, procenu i likvidaciju šteta
BEOGRAD, Ruzveltova 16
_____/____god

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA	
BROJ POLISE	
ORG. JEDINICA	

Podaci osiguranika

Prezime i ime:	JMBG:
Datum rođenja:	Mesto rođenja:
Adresa:	Mesto stanovanja:
Poštanski broj:	Email:
Mobilni:	Zanimanje:
Tekući račun osiguranika:	Broj lične karte:

Podaci nezgode

Datum nastanka nezgode:	Mesto nastanka nezgode:
Adresa nastanka nezgode:	Da li je pre nesrećnog slučaja korisnik bolovao od teže bolesti ili imatelesno oštećenje:
Opis nezgode:	
Tačan opis povreda:	
Da li je povređen pre nesrećnog slučaja konzumirao alkohol:	Da li je povređen pre nesrećnog slučaja konzumirao opijate:
Da li je povređen usled zadobijenih povreda umro:	Da li je povređen pre nesrećnog slučaja bio potpuno zdrav:
Opis ranijepretrpljenetežebolesti / telesnepovrede:	

Podaci lekara i ustanove gde se leči povređeni :

Ime i prezime lekara:	
Naziv ambulante:	Naziv bolnice:

Pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su svi dati podaci tačni, potpuni i istiniti.

"AMS Osiguranje" obaveštava davaoca podataka da prikuplja, obrađuje i koristi lične podatke neophodne za rešavanje odštetnog zahteva, u skladu sa propisima o zaštiti podataka o ličnosti. Potencijalni korisnici navedenih ličnih podataka mogu biti svatko čija koža u skladu sa važećim zakonskim propisima i u cilju izvršenja obaveza određenih zakonom, aktom donetim u skladu sa zakonom ili ugovorom zaključenim između lica i rukovaoca, imaju pravo njihovog korišćenja. "AMS Osiguranje", kao rukovalac podataka, preduzima svete tehničke, kadrovske i organizacione mere zaštite podataka o ličnosti. Unutar "AMS Osiguranje" podatak mogu obrađivati samo lica koja su opštini i pojedinačnim aktima ovlašćena za njihovu obradu. Podaci koji se obrađuju u informacionom sistemu osiguranja su sistemimaza a autorizaciju i identifikaciju, uz restriktivnu dostupnost samo ovlašćenim licima. Popunjavanjem i podnošenjem ovog dokumenta potvrđujem da sam upoznat sa uslovima prikupljanja i dalje obrađivanja podataka u skladu sa važećim propisima. Izjavljujem da svojeručnim potpisom dajem pristanak da "AMS Osiguranje" izvrši obradu i korišćenje podataka o ličnosti u skladu sa važećim propisima. Izjavljujem da sam nas vapitanja odgovorio/la tačno i potpuno. Ovlašćujem lekara koji me lečikao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti svo obaveštenja u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, bude li to od njih traženo. Izjavljujem da sam nas vapitanja odgovorio/la tačno i potpuno kao i da sam saglasan da Osiguravač pribavlja moj lični dokument sa slikom i biometrijskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA

PRIJEMNI REFERENT