|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sektor za prijem, procenu i likvidaciju šteta | BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA |  |
| BEOGRAD, Ruzveltova 16 |  | BROJ POLISE |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ god |  | 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 dijagnoze**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum postavljanja dijagnoze: | Mesto nastanka nezgode: |
| Zdravstvena ustanova koja je postavila dijagnozu |
| Dijagnoza: |
| Izvršene hiruške intervencije: |
| Da li osigurano lice boluje od hronične bolesti: |
| Opis hronične bolesti: |
| **Hiruška intervencija(Operacija)** |
| Datum savetovanja hiruške intervencije: | Datum prijema u bolnicu: |
| Naziv bolnice gde je izvršena hiruška intervencija: |
| Ime i prezime lekara koji je izvršio hirušku intervenciju(operaciju): |
| **Teže bolesti i posledice bolesti** |
| Datum kada je nesporno utvrđena bolest: |
| Ime i prezime lekara koji je postavio dijagnozu: |
| Posledice bolesti: |

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 sva treća lica koja 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 sve tehničke, kadrovske i organizacione mere zaštite podataka o ličnosti. Unutar "AMS Osiguranje" podatke mogu obrađivati samo lica koja su opštim i pojedinačnim aktima ovlašćena za njihovu obradu. Podaci koji se obrađuju u informacionom sistemu osigurani su sistemima za autorizaciju I identifikaciju, uz restriktivnu dostupnost samo ovlašćenim licima. Popunjavanjem i podnošenjem ovog dokumenta potvrđujem da sam upoznat sa uslovima prikupljanja i dalje obrade podataka u skladu sa podacima iz gornjeg obaveštenja, kao i da svojeručnim potpisom dajem pristanak da "AMS Osiguranje" izvrši obradu i korišćenje podataka o ličnosti u skladu sa važećim propisima.

 Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno i potpuno. Ovlašćujem lekara koji me leči kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja u vezi sa prijavljenim nesrećnim slućajem, bude li to od njih tražen. Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno i potpuno kao i da sam saglasan da Osiguravač pribavlja moj lični document sa slikom i biometriskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |  |  |  |  |   |
| OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA |  |  |  |  | PRIJEMNI REFERENT |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA**

Ovim potvrđujemo da je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sa stanom u ulici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Učenik/Zaposleni je osiguran od posledica hirurške intervencije - teže bolesti kod AMS Osiguranja a.d.o. iz Beograda po polisi broj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i upisan pod rednim brojem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u spisak osiguranika, a od istog je naplaćena premija za 20\_\_\_/20\_\_\_ godinu, a koja se uplaćuje kako je polisom ugovoreno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,dana\_\_\_\_20\_\_.godine  |  | **M.P.**  |  |
|  |  |  | (potpis osiguranika ili korisnika) |

 (odgovorno lice)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |