

**ОДШТЕТНИ ЗАХТЕВ****Q.Z.19.01****-пријава незгоде-****Издање:01****Датум: 12.08.2019**

Сектор за пријем, процену и ликвидацију штета  
БЕОГРАД, Рузвелтова 16  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ год

|                        |  |
|------------------------|--|
| БРОЈ ОДШТЕТНОГ ЗАХТЕВА |  |
| БРОЈ ПОЛИСЕ            |  |
| ОРГ. ЈЕДИНИЦА          |  |

**Подаци осигураника**

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Презиме и име:            | ЈМБГ:             |
| Датум рођења:             | Место рођења:     |
| Адреса:                   | Место становања:  |
| Поштански број:           | Email:            |
| Мобилни:                  | Занимање:         |
| Текући рачун осигураника: | Број личне карте: |

**Подаци незгоде**

|  |   |
|--|---|
| Датум настанка незгоде:                                      | Место настанка незгоде:   |
| Адреса настанка незгоде:                                     | Да ли је пре несрећног случаја корисник боловао од теже болести или има телесно оштећење: |
| Опис незгоде:  |   |
| Тачан опис повреда:  |   |
| Да ли је повређени пре несрећног случаја конзумирао алкохол: | Да ли је повређени пре несрећног случаја конзумирао опијате:                              |
| Да ли је повређени услед задобијених повреда умро:           | Да ли је повређени пре несрећног случаја био потпуно здрав:                               |
| Опис раније претрпљене теже болести / телесне повреде:       |   |

**Подаци лекара и установе где се лечио повређени:**

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| Име и презиме лекара: |                |
| Назив амбуланте:      | Назив болнице: |

Под пуном кривичном и материјалном одговорношћу изјављујем да су сви дати подаци тачни, потпуни и истинити.

"АМС Осигурање" обавештава даваоца података да прикупља, обрађује и користи личне податке неопходне за решавање одштетног захтева, у складу са прописима о заштити података о личности. Потенцијални корисници наведених личних података могу бити сва трећа лица која у складу са важећим законским прописима и у циљу извршења обавеза одређених законом, актом донетим у складу са законом или уговором закљученим између лица и руковоаца, имају право њиховог коришћења. "АМС Осигурање", као руковалац података, предузима све техничке, кадровске и организационе мере заштите података о личности. Унутар "АМС Осигурање" податке могу обрађивати само лица која су општим и појединачним актима овлашћена за њихову обраду. Подаци који се обрађују у информационом систему осигурани су системима за ауторизацију и идентификацију, уз рестриктивну доступност само овлашћеним лицима. Попуњавањем и подношењем овог документа потврђујем да сам упознат са условима прикупљања и даље обраде података у складу са подацима из горњег обавештења, као и да својеручним потписом дајем пристанак да "АМС Осигурање" изврши обраду и коришћење података о личности у складу са важећим прописима. Изјављујем да сам на сва питања одговорио/ла тачно и потпуно. Овлашћујем лекара који ме лечи као и оне који су ме раније лечили да могу пружити сва обавештења у вези са пријављеним несрећним случајем, буде ли то од њих тражено. Изјављујем да сам на сва питања одговорио/ла тачно и потпуно као и да сам сагласан да Осигуравач прибавља мој лични документ са сликом и биометриским подацима у циљу јединствене идентификације лица.

ОШТЕЋЕНИ / ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

ПРИЈЕМНИ РЕФЕРЕНТ



ОДШТЕТНИ ЗАХТЕВ

Q.Z.19.01

-пријава незгоде-

Издање:01

Датум: 12.08.2019

### ПОТВРДА УГОВОРАЧА ОСИГУРАЊА

Овим потврђујемо да је \_\_\_\_\_ са станом у улици \_\_\_\_\_  
Ученик/Запослени је осигуран од последица несрећног случаја код АМС Осигурања а.д.о. из Београда  
по полиси број \_\_\_\_\_ и уписан под редним бројем \_\_\_\_\_ у списак  
осигураника, а од истог је наплаћена премија за 20\_\_\_/20\_\_\_ годину, а која се уплаћује како је полисом  
уговорено.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_ 20\_\_\_. године

М.П. \_\_\_\_\_

(потпис осигураника или корисника)  
(одговорно лице)