|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сектор за пријем, процену и ликвидацију штета | | БРОЈ ОДШТЕТНОГ ЗАХТЕВА |  |
| БЕОГРАД, Рузвелтова 16 |  | БРОЈ ПОЛИСЕ |  |
|  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ год |  | 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 руковаоца, 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 слућајем, 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 доцумент са сликом и биометриским подацима у циљу јединствене идентификације лица.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОШТЕЋЕНИ / ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА | | | |  |  |  |  | ПРИЈЕМНИ РЕФЕРЕНТ |

**ПОТВРДА УГОВАРАЧА 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)