

Prijava nesrećnog slučaja (invaliditet)

po polisi broj _____

PODACI O UGOVARAČU OSIGURANJA	
Ugovarač osiguranja	
Adresa (mesto, ulica i broj)	
Telefon i email	
PODACI O OSIGURANIKU	
Prezime, ime i očevo ime	
Adresa I broj pošte (mesto, ulica i broj)	
Matični broj osiguranika	
Datum i mesto rođenja	
Zanimanje	
Telefon i email	
PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU	
Datum nastanka nesrećnog slučaja (navesti sat I minut)	
Mesto nastanka nesrećnog slučaja	
Kako je do nesrećnog slučaja došlo I koje povrede je prouzrokovao?	
Dijagnoza o povredi iz medicinske dokumentacije	
Imena i adrese očevidaca nesrećnog slučaja	
Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
Kod koje ustanove se sada leči?	
U kojoj ustanovi se nalazi zdravstveni karton osiguranika?	
a) Da li je povređeni I ranije pretrpeo telesnu povredu, kakvu I kada?	a) <input type="text"/>
b) Da li je ta ranija povreda imala za posledicu trajni invaliditet i u kom stepenu	b) <input type="text"/>
c) Da li je povređeni pre nesrećnog slučaja bio delimično nesposoban za rad?	c) <input type="text"/>
d) Usled čega: da li usled bolesti, telesne mane ili telesnog nedostatka i kom stepenu	d) <input type="text"/>
e) Opisati telesnu manu ili nedostatak	e) <input type="text"/>
Da li je osiguranik u momentu nastanka nesrećnog slučaja bio pod uticajem alkohola. U kom stepenu?	<input type="text"/>
Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji organ je tu istragu vršio?	<input type="text"/>
Da li imate još neko osiguranje života ili nezgode i kod kog društva za osiguranje?	<input type="text"/>

IZJAVA O NAČINU PLAĆANJA ŠTETE

Tekući račun

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 i Sava životno osiguranje kontaktiraju, da mi šalju obaveštenja, promo materijale i ponude 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 (molimo vas da štiklirate kućicu ukoliko ste saglasni)

U _____ dana _____
Potpis

POTVRDA PRAVNOG LICA OSIGURANIK KOD KOLEKTIVNOG OSIGURANJA

Potvrđuje se da je _____

naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća – organizacije na:

1. neodređeno (zaokružiti odgovarajući broj)
2. određeno vreme

počev od _____ godine, kao i da je na dan dešavanja nesrećnog slučaja, odnosno _____ godine bio osiguran iz osnova ugovora o _____ po polisi broj _____ važećoj za period od _____ do _____ godine.

Po navedenom ugovoru o osiguranju premija je plaćena u celosti u iznosu od _____ dinara dana _____ odnosno plaća se u _____ rate, s tim što su do dana ove overe plaćene _____ rate u iznosu od _____ dinara.

U _____ dana _____
Pečat i potpis ovlašćenog lica – ugovarača osiguranja