



Sektor za procenu, prijavu i likvidaciju šteta
Ruzveltova 16, 11050 Beograd

ODŠTETNI ZAHTEV

Prijava nezgode

Broj predmeta:
Polisa broj:
Org. jed:

Datum prijave: _____. god.

Podaci osiguranika

Prezime i ime (naziv):	JMBG/PIB:
Datum rođenja:	Mesto rođenja:
Adresa:	Mesto stanovanja:
Poštanski broj:	Telefon osiguranika:
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 ima telesnu manu:
Opis nezgode:	
Tačan opis povreda:	
Da li je povređeni pre nesrećnog slučaja konzumirao alkohol:	Da li je povređeni pre nesrećnog slučaja konzumirao opijate:
Da li je povređeni usled zadobijenih povreda umro:	Da li je povređeni pre nesrećnog slučaja bio potpuno zdrav:
Opis ranije pretrpljene teže bolesti telesne povrede:	

Podaci lekara i ustanove gde se lečio povređeni

Ime prezime lekara :	
Naziv ambulante:	Naziv bolnice:

"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 slučajem, bude li to od njih traženo.

U Beograd, dana _____. godine

M.P.

(potpis osiguranika ili korisnika)
(odgovorno lice)



Sektor za procenu, prijavu i likvidaciju šteta
Ruzveltova 16, 11050 Beograd

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA

Ovim potvrđujemo da je _____ sta stanom u
ulici _____ Učenik/Zaposleni je osiguran od
posledica nesrećnog slučaja kod AMS Osiguranja a.d.o. iz Beograda po polisi broj _____
i upisan pod rednim brojem _____ u spisku 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)