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

**Podaci o osiguraniku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prezime I ime / Naziv |  |  |  |
| Ovlašćeno lice / srodstvo |  |  |  |
| JMBG (lični broj) / PIB |  |  |  |
| Broj pasoša |  |  |  |
| Adresa |  |  |  |
| Poštanski broj |  | Mesto |  |
| Telefoni |  | Email |  |
| Broj tekućeg računa |  |  |  |
| Banka |  |  |  |

**Podaci o osiguranom slučaju**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Destinacija putovanja |  | Dat. nastanka osiguranog slučaja |  |
| Dat. prijema u med. Ustanovu |  | Dat. otpuštanja iz med. Ustanove |  |
| Dat. ulaska u zemlju destinacije |  | Dat. izlaska iz zemlje destinacije |  |
| Ukratko opisati kako je došlo do osiguranog slučaja |  |  |  |
| Vrsta bolesti / povrede |  |  |  |
| Ukupan iznos troškova |  |  |  |

**Priložena dokumentacija**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Odštetni zahtev | DA | NE | Račun za nabavku lekova | DA | NE | Zapisnik policije o uviđaju saobraćajne nezgode (u slučaju da je šteta nastala kao posledica saobraćajne nezgode) | DA | NE |
| Originalna polisa | DA | NE | Račun za izvršenu evakuaciju | DA | NE | Fotokopija lične karte | DA | NE |
| Kopija pasoša | DA | NE | Račun za izvršenu repatrijaciju | DA | NE | Institucija za plaćanje | DA | NE |
| Medicinska dokumentacija | DA | NE | Račun za izvršene stomatološke usluge | DA | NE | Kopija kartice tekućeg računa | DA | NE |
| Račun za izvršene medicinske usluge | DA | NE | Potvrda o smrti sa izveštajem lekara koji je konstatovao smrt | DA | NE | Izvod iz matične knjige rođenih | DA | NE |

Pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su svi dati podaci tačni, potpuni i istiniti.

Ovlašćujem organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim slučajem, da mogu dati sve podatke koje bi od njih zatražilo. “AMS Osiguranje” a.d.o. i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne.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 ovlašćnim licima. Popunjavanjem I podnošenjem ovog dokumeta 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.  
Ovlašćujem lekare koji me leče ili su me ranije lečili, odnosno lekare koji su lečili Osiguranika, da mogu pružiti sve podatke I obaveštenja u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem koje predstavnici AMS Osiguranja a.d.o. budu od njih tražili. 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 |