

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.50.01****-zdravstveno osiguranje hiruške intervencije –
teže bolesti-****Izdanje:01****Datum: 12.08.2019**Sektor za prijem, procenu i likvidaciju šteta
BEOGRAD, Ruzveltova 16
_____ / _____ god

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA	
BROJ POLISE	
ORG. JEDINICA	

Podaci osiguranika

Prezime i ime:	JMBG:
Datum rođenja:	Mesto rođenja:
Adresa:	Mesto stanovanja:
Poštanski broj:	Email:
Mobilni:	Zanimanje:
Tekući račun osiguranika:	Broj lične karte:

Podaci dijagnoze

Datum postavljanja dijagnoze:	Mesto nastanka nezgode:
Zdravstvena ustanova koja je postavila dijagnozu	
Dijagnoza:	
Izvršene hiruške intervencije:	
Da li osigurano lice boluje od hronične bolesti:	
Opis hronične bolesti:	
Hiruška intervencija(Operacija)	
Datum savetovanja hiruške intervencije:	Datum prijema u bolnicu:
Naziv bolnice gde je izvršena hiruška intervencija:	
Ime i prezime lekara koji je izvršio hirušku intervenciju(operaciju):	
Teže bolesti i posledice bolesti	
Datum kada je nesporno utvrđena bolest:	
Ime i prezime lekara koji je postavio dijagnozu:	
Posledice bolesti:	

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

"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 rukovoca, imaju pravo njihovog korišćenja. "AMS Osiguranje", kao rukovalac podataka, preuzima 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 tražen. 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 biometrijskim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA_____
PRIJEMNI REFERENT

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.50.01****-zdravstveno osiguranje hiruške intervencije –
teže bolesti-****Izdanje:01****Datum: 12.08.2019****POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA**

Ovim potvrđujemo da je _____ sa 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 spisak 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)