



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

ODŠTETNI ZAHTEV

zdravstveno osiguranje
hiruške intervencije - teže bolesti

Broj predmeta:

Polisa broj:

Org. jed:

Datum prijave: ____ 20__ . godine

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 dijagnoze

Datum nastanka dijagnoze:	Mesto nastanka nezgode:
Zdravstvena ustanova koja je uspostavila dijagnozu:	
Opis stanja dijagnoze:	
Izvršene hiruške intervencije:	
Da li osigurano lice boluje od hronicne bolesti:	
Opis hronične bolesti:	
Hiruška intervencija (Operacija)	
Datum savetovanja hiruške intervencije:	Datum Prijema u bolnicu:
Datum Prijema u bolnicu:	
Naziv bolnice gde je izvršena hiruška intervencija:	
Ime prezime lekara koji je izvršio hirušku intervenciju (operaciju):	
Teže bolesti i posledice bolesti	
Datum kad je nesporno utvrđena bolest:	
Ime prezime lekara koji je uspostavio dijagnozu:	
Posledice prijavljene bolesti:	

"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 , dana 20__ 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)