

Prijava osiguranog slučaja usled trajnog invaliditeta preko 50% usled nezgode

OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ NEMOGUĆNOSTI OTPLATE KREDITA

PODACI O OSIGURANIKU/KORISNIKU KREDITA

Prezime i ime	<input type="text"/>
JMBG	<input type="text"/>
Poštanski broj	<input type="text"/>
Mesto, ulica i kućni broj	<input type="text"/>
Broj mobilnog tel. i email	<input type="text"/>
Broj lične karte/pasoša	<input type="text"/>
Broj polise osiguranja	<input type="text"/>
Broj partije kredita	<input type="text"/>
Broj računa	<input type="text"/>

PODACI O DOGAĐAJU

Datum i vreme nastanka osiguranog slučaja	<input type="text"/>
Mesto nastanka osiguranog slučaja	<input type="text"/>

Opis događaja-mesto, vreme, način uzrok nastanka

POPIS NEOPHODNIH DOKUMENTA KOJE JE POTREBNO PRILOŽITI

Popunjena prijava osiguranog slučaja	<input type="checkbox"/>
Kopija kompletne medicinske dokumentacije	<input type="checkbox"/>
Dokaz o dešavanju nesrećnog slučaja (Zapisnik MUP-a i sl)	<input type="checkbox"/>
Polisa osiguranja	<input type="checkbox"/>
Anuitetni plan otplate kredita	<input type="checkbox"/>
Kopija očitane lične karte osiguranika	<input type="checkbox"/>

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 osiguranog lica / korisnika osiguranja