

**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 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 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 biometričkim 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 hirurške intervencije - teže bolesti 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)

_____, на основу члана 29. Закона о општем
(организациска јединица)
управном поступку („Службени гласник Републике Србије, број 18/16), на захтев
_____ и у складу са чланом 12. став 1. Закона о заштити података о
личности („Сл. гласник РС“, број 87/2018), издаје

ПОТВРДУ

Којом се потврђује да је _____ (име и презиме
запосленог), ЈМБГ _____ из _____ (место, општина),
_____ (адреса становања), по занимању
_____ почев од _____._____._____ године на служби у
_____ (организациска јединица).

Потврда се издаје на основу службене евиденције и може се користити искључиво у
сврху подношења одштетног захтева у поступку утврђивања права на износ уговорене
накнаде.

**ОВЛАШЋЕНИ
СТАРЕШИНА**

Умножено у 2 примерка
и достављено:
- подносиоцу захтева,
- обрађивачу и
- архиви.

На основу члана 15. Закона о заштити података о личности („Сл. гласник РС“, број 87/2018), дајем следећу

ИЗЈАВУ

Пристајем да Управа за традицију, стандард и ветеране Сектора за људске ресурсе Министарства одбране прикупља сву потребну документацију, између осталог и документацију која се тиче здравственог стања, а у сврху прослеђења одштетног захтева осигуравачу у поступку утврђивања права на износ уговорене накнаде.

Ова изјава се даје у наведену сврху и у друге сврхе се не може користити.

У _____, дана ____ . ____ . ____ године

Изјаву дао
корисник осигурања



Q.Z.14.02

IZJAVA o načinu isplate naknade štete

Izdanje:01

Datum: 12.08.2019

Sektor za prijem, procenu i likvidaciju šteta
BEOGRAD, Ruzveltova 16
_____/_____ god

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA	
BROJ POLISE	
ORG. JEDINICA	

Prezime i ime vlasnika/ korisnika	
JMBG/PIB	
Adresa i mesto	

Saglasan sam da se obračunati iznos za naknadu štete uplati:

1. Servisu po dobijenom računu (uneti naziv servisa)

2. Na tekući račun br. _____ Banka _____

Korisnik tekućeg računa _____ JMBG _____

3. Na matični broj JMBG _____

Prezime i ime _____ Adresa, mesto _____

NAPOMENA: Zaokružiti način uplate i uneti tražene podatke. Ukoliko se u isto vreme uplaćuje na više vlasnika računa, potrebno je navesti svrhu uplate (opravka vozila, šlepanje, takse za izdavanje zapisnika MUP-a). Za uplatu punomoćniku izjava mora biti overena.

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, 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 kao i da sam saglasan da Osiguravač pribavlja moj lični document sa slikom i biometričkim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA

PRIJEMNI REFERENT