

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.18.01****-po osnovu putnog zdravstvenog osiguranja-****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 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 ovlašćenim 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 biometričkim podacima u cilju jedinstvene identifikacije lica.

OŠTEĆENI / PODNOSILAC ZAHTEVA

PRIJEMNI REFERENT