

Broj štete \_\_\_\_\_ Protokol \_\_\_\_\_

## PRIJAVA ŠTETE PO OSNOVU OSIGURANJA OD POSljedica NESRETNOG SLUčAJA -NEZGODE

### PODACI O UGOVARAČU

Broj police \_\_\_\_\_

Period važenja \_\_\_\_\_

Naziv pravnog lica / ime i prezime \_\_\_\_\_

Adresa:

Grad \_\_\_\_\_ Općina \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Ulica i broj \_\_\_\_\_

Kontakt telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime \_\_\_\_\_

JMBG

Adresa:

Grad \_\_\_\_\_ Općina \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Ulica i broj \_\_\_\_\_

Kontakt telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Zanimanje \_\_\_\_\_

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja \_\_\_\_\_

JMBG roditelja

Grad \_\_\_\_\_ Općina \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Ulica i broj \_\_\_\_\_

Kontakt telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### PODACI O NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA

Datum \_\_\_\_\_ Vrijeme \_\_\_\_\_ Mjesto \_\_\_\_\_

Prijava se odnosi na:  Trajni invaliditet  Smrt usljed negode  Smrt usljed bolesti  Troškovi liječenja  Dnevna naknada

Opis nastanka štetnog događaja: \_\_\_\_\_

Posljedice štetnog događaja: \_\_\_\_\_

Da li se povrijeđena osoba javila liječniku nakon nastanka osiguranog slučaja?  Da  Ne

Datum \_\_\_\_\_ Vrijeme \_\_\_\_\_ Naziv zdravstvene institucije \_\_\_\_\_

Ime i prezime liječnika \_\_\_\_\_

Da li je osoba u trenutku nastanka osiguranog slučaja bila na radnom mjestu?  Da  Ne

Da li je osoba u trenutku nastanka osiguranog slučaja bila pod dejstvom alkohola ili opojnih droga?  Da  Ne

Da li je osoba prije ovog osiguranog slučaja imala povreda ili bolesti - navesti povrede/dijagnozu ako jeste: \_\_\_\_\_

Ako je povreda nastala u saobraćajnoj nezgodi, priložiti zapisnik o uvidaju:  Da  Ne

Da li osiguranik ima ugovoreno osiguranje od posljedica nezgode u drugom društvu?  Da  Ne

Naziv društva \_\_\_\_\_ Broj police \_\_\_\_\_

## PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA

U slučaju smrti osiguranika, navesti korisnike:

Ime i prezime, JMBG, Adresa prebivališta, Kontakt (telefon/e mail), Srodstvo sa osiguranikom

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

## PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

Isplatu izvršiti:  Oštećeniku  Roditelju  Korisniku

Naziv banke oštećenika/roditelja/korisnika \_\_\_\_\_

Lični račun u banci / Transakcijski račun

Transakcijski broj banke

## ORIGINALNA DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ PRIJAVU

- Lična karta  Za malodobne osobe - rodni list i LK roditelja  Prijava o povređivanju na radnom mjestu
- Medicinska dokumentacija  Računi za troškove liječenja  Doznake za bolovanje  Bankovna kartica/račun
- Ostalo \_\_\_\_\_
- Zapisnik o uviđaju saobraćajne nezgode

Samo u slučaju smrti osiguranika:  Izvod iz matične knjige umrlih  Dokaz o uzroku smrti  Rješenje o nasljeđivanju

*Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem/o ASA OSIGURANJE DD da se za obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i spravnosti odgovora može obratiti svim zdravstvenim ustanovama, a ove ljekare ovlašćujem da mogu dati tražena obavještenja bez moje posebne saglasnosti. Također izjavljujem/o i da su svi podaci o primatelju odštete i bankovnom računu na koji će se izvršiti uplata tačni i istiniti.*

## NA KOJI NAČIN ŽELITE DA VRŠITE KOMUNIKACIJU SA ASA OSIGURANJEM TOKOM OBRADE ZAHTEVA?

- Telefon - sms poruka  E-mail  Pošta  Drugi način \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum prijave

\_\_\_\_\_  
Podnositelj