



Broj štete _____ Protokol _____

PRIJAVA ŠTETE PO OSNOVU DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**PODACI O UGOVARAČU**

Broj police _____

 a) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje b) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa preventivnim pregledima c) Dnevna naknada za boravak u bolnici d) Osiguranje preventivnih pregleda

Period važenja _____

Naziv pravnog lica/ime i prezime _____

Adresa:

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ Email _____

PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime _____

JMBG **Adresa:**

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ Email _____

Zanimanje _____

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja _____

JMBG roditelja

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ Email _____

Opći podaci o slučajuOsigurani slučaj: a) specijalistički pregledi b) dijagnostički postupci c) lijekovi d) preventivni pregledi e) medicinska pomagala f) psihoterapija g) fizioterapija h) bolnički dani u zemlji i) bolnički dani u inozemstvu j) boravak u rehabilitacionom centru k) porod**PODACI O NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA**

Datum _____ Vrijeme _____ Mjesto _____

Prijava se odnosi na: a) trajni invaliditet b) smrt usred nezode c) Smrt usred bolesti d) Troškovi liječenja e) dnevna naknada

Opis nastanka štetnog događaja _____

Opći podaci o slučaju _____

Podaci o očevicima događaja(imena, adrese i sl.) _____

Da li je osigurani slučaj prijavljen nadležnom organu, te ako jeste kojem? a) DA b) NE Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje? a) DA b) NE
(ako ima, navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime specijaliste porodične medicine/ljekara opće prakse)Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju? a) DA b) NE
(ako da, navesti druge osiguravače)Da li je osiguranik već prijavljivao neki drugi osigurani slučaj po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih vrsta osiguranja kod Asa Osiguranja d.d.? (ako da, kada i po kojem osnovu) a) DA b) NE Da li je osigurana osoba u vrijeme događaja bila pod uticajem alkohola/narkotika? a) DA b) NE
(ako da, kojeg i u kojoj količini)

Podaci o liječenju/preventivnom pregledu

Koja vrsta liječenja/pretraga/tretmana/preventivnog pregleda je provedena? _____

Molimo Vas da navedete naziv ustanve i ljekara koji je ustanovio medicinsku indikaciju/obavio prvi pregled/ obavio preventivni pregled? _____

Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda _____

Kupovina lijekova/pomagala

Koji lijek/pomagalo je kupljeno? _____

Da li je isti/isto prije korišteno? a) DA b) NE

Ako su u pitanju dioptrijske naočale/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko? _____

Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda _____

Podaci o boravku u bolnici/rehabilitacijskom centru

Datum prijema i odlaska iz bolnice: datum prijema _____ datum odlaska _____

Datum prijema i odlaska iz rehabilitacijskog centra: datum prijema _____ datum odlaska _____

Razlog boravka: a) bolest b) porod c) nezgoda; ime ljekara, dijagnoza: _____

Ako je razlog boravka u bolnici porod navesti datum poroda i broj djece _____

Naziv ustanove, mjesto, država _____

Broj bolničkih dana _____

Prethodne bolesti i/ili tjelesna oštećenjaNavesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, povrede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl. a) DA b) NE Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja? (ako da, u kojem smislu i obimu) a) DA b) NE **Podaci za isplatu odštete**Isplatu izvršiti: a) Oštećeniku b) Roditelju c) Korisniku

Naziv banke oštećenika/roditelja/korisnika _____

Lični račun u banci/Transakcijski račun _____

Transakcijski broj banke _____

Originalna dokumentacija koja se prilaže uz prijavu a) Lična karta b) Za malodobne osobe - rodni list i LK roditelja c) Prijava o povređivanju na radnom mjestu d) Medicinska dokumentacija e) Računi za troškove liječenja f) Doznake za bolovanje g) Bankovna kartica/račun h) Ostalo _____ i) Zapisnik o uviđaju saobraćajne nezgode _____Samo u slučaju smrti osiguranika: a) Izvod iz matične knjige umrlih b) Dokaz o uzroku smrti c) Rješenje o nasljeđivanju

Pod punom moralnom, materijalnom i krivilnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem/o ASA OSIGURANJE d.d. da se obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i ispravnosti 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 bankonom računu na koji će se izvršiti uplata tačni i istiniti.

Na koji način želite da vršite komunikaciju sa Asa Osiguranjem tokom obrade zahtjeva? a) Telefon - sms poruka b) E-mail c) Pošta d) drugi način _____

Saglasan/na sam da Asa Osiguranje d.d. Sarajevo vrši obradu mojih ličnih podataka (ime i prezime, adresa stanovanja, telefonski broj, e-mail, JMBG, kopija lične karte i bankovnog računa) u skladu sa pozitivnim pravnim aktima uz ovlaštenje za prikupljanje dodatnih podataka potrebnih za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva (od: MUP, IDDEA, U slučaju potrebe Obavijest o odustanku od date saglasnosti i ovlaštenja ću dostaviti pismenim putem.

Mjesto i datum prijave

Podnositelj prijave