

Broj štete \_\_\_\_\_ Protokol \_\_\_\_\_ Datum protokola \_\_\_\_\_

**PRIJAVA ŠTETE PO OSNOVU OSIGURANJA OD  
POSLJEDICA NESRETNOG SLUČAJA-NEZGODE**

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

Datum isteka police: \_\_\_\_\_

**PODACI O UGOVARAČU**

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 osiguranika 

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 OSIGURANOM SLUČAJU**

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

Prijava se odnosi na:  Trajni invaliditet  Smrt uslijed nezgode  Smrt uslijed bolesti  Troškovi liječenja  Teške bolesti  
 Hirurške intervencije  Dnevna naknada za bolovanje  Dnevna naknada za boravak u bolnici

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 \_\_\_\_\_

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

## 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:  a) Oštećeniku/Osiguraniku  b) Roditelju  c) Korisniku  d) Punomoćniku

Naziv banke oštećenika/opunomoćenika \_\_\_\_\_

Lični račun u banci/Transakcijski račun

Transakcijski broj banke

IBAN \_\_\_\_\_ SWIFT

## DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ PRIJAVU- ORIGINALNA ILI OVJERENE KOPIJE

- a) Lična karta  b) Za malodobne osobe -rođni list i LK roditelja  c) Prijava o povređivanju na radnom mjestu  
 d) Medicinska dokumentacija  e) Računi za troškove liječenja  f) Doznake bolovanja  g) Bankovna kartica/račun  
 h) Zapisnik o uviđaju saobraćajne nezgode  i) Ostalo \_\_\_\_\_

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

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

- Telefon- sms poruka  E-mail  Pošta  Drugi način

Pod punom moralnom, materijalnom i krivilnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem 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.

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.

Kao nosilac ličnih podataka, izjavljujem da želim da ASA Osiguranje dd Sarajevo predam na uvid lične dokumente iz kojih su vidljivi moji lični podaci, odnosno izjavljujem da želim da predam kopije ličnih dokumenata i da sam saglasan/a da se u svrhu rješavanja odštetnog zahtjev mogu obrađivati moji lični podaci, koji me identifikuju ili iz kojih se može utvrditi moj identitet, a posebno se moja izričita saglasnost odnosi na lične podatke o zdravstvenom stanju, te da se isti, zajedno sa medicinskom dokumentacijom mogu dostavljati i ostalim subjektima uključenim u obradu odštetnog zahtjeva u Bosni i Hercegovini i inostranstvu.

Navedenu saglasnost dajem za vremenski period do okončanja obrade odštetnog zahtjeva.

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

\_\_\_\_\_  
Podnositelj  
Potpis/ovlaštena osoba i pečat