

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

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

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

- 
- a) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje
- 
- 
- c) Dnevna naknada za boravak u bolnici

- 
- b) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa preventivnim pregledima
- 
- 
- d) Osiguranje preventivnih pregleda

Period važenja \_\_\_\_\_

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

Grad \_\_\_\_\_ Općina \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Ulica i broj \_\_\_\_\_ Kontakt telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**PODACI O OSIGURANIKU**

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

JMBG            

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 SLUČAJU**

- Osigurani 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 inostranstvu
- 
- 
- j) boravak u rehabilitacionom centru
- 
- k) porod
- 
- l) ostalo \_\_\_\_\_

**PODACI O NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA**

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

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

Opći podaci o slučaju \_\_\_\_\_

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)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 **PODACI O LIJEČENJU/PREVENTIVNOM PREGLEDU**

Koja vrsta liječenja/pretraga/tretmana/preventivnog pregleda je provedena? \_\_\_\_\_

Molimo Vas da navedete naziv ustanove 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 OŠTEĆENJA

Navesti 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  d) Medicinskoj ustanovi

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 – 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

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