

Broj štete _____ Protokol _____ Datum protokola _____

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

Broj police _____

Period važenja police: _____

Ime i prezime _____

JMBG ugovarača

Adresa:

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja _____

JMBG roditelja

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 NASTANKU ŠETNOG DOGAĐAJA

Datum početka putovanja u inostranstvo _____ Datum nastanka osiguranog slučaja _____

Mjesto (država i grad) nastanka osiguranog slučaja _____

Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja (uzrok, na koji način, pri kojim aktivnostima, na kojem mjestu, sa kojim posljedicama ...)

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

Naziv i adresa zdravstvene ustanove _____

Posljedice/uspostavljena dijagnoza _____

Da li se osoba obraćala Mondial Assistance? DA NE

Navedi precizno: datum i vrijeme _____

Da li je neko po ovom štetnom događaju i po ovom osnovu vršio plaćanje troškova (potpuno ili djelimično)? DA NE

Ukoliko jeste navedi ko _____ koji iznos _____

Da li je osoba prije ovog putovanja pretrpjela ozlijeđenu/bolovala bolest? DA NE

U SLUČAJU SMRTI OSIGURANIKA

Ime i prezime korisnika _____

JMBG korisnika

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Kada je izvršena repatrijacija-prevoz posmrtnih ostataka u BiH? _____

PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

Isplatu izvršiti: a) Oštećeniku b) Roditelju c) Korisniku d) Medicinskoj ustanovi e) Mondial Assistance

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) Polica c) Za malodobne osobe -rodni list i LK roditelja d) Spisak putnika
 e) Medicinska dokumentacija f) Računi za troškove liječenja g) Računi za troškove repatrijacije
 h) Bankovna kartica/ račun i) Dokaz plaćanja j) Ostalo _____

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 krivičnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem ASA OSIGURANJE d.d. da se za obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i potvrde ispravnosti odgovora može obratiti svim zdravstvenim ustanovama, a ove zdravstvene ustanove 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 isplata 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, broj lične karte i bankovnog računa) u skladu sa pozitivnim pravom 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 zahtjeva 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 5 godina od dana rješavanja odštetnog zahtjeva.

Mjesto i datum prijave _____

Podnositelj
Potpis/ovlaštena osoba i pečat