

 WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 1 / 2
	Prijava osiguranog slučaja PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	

Polisa broj		Trajanje osiguranja	od _ . _ . 201_ g. do _ . _ . 201_ g.	
Destinacija zemlje putovanja	Datum ulaska u zemlju-destinaciju	Datum izlaska iz zemlje destinacije		
Datum nastanka osiguranog slučaja	_ . _ . 201_ god.	Vrijeme	u _ _ sati i _ _ min	
Mjesto nezgode		Država		
Da li je osigurani slučaj prijavljen asistenskoj kući ?		☐ Da ☐ Ne	Datum prijave	_ . _ . 201_ g.

Ugovarač osiguranja	Ime i prezime/naziv firme:		
	Mjesto:	Ulica i broj:	
	JMBG/JIB:	Telefon:	e-mail:

Osiguranik	Ime i prezime/naziv firme:		
	Mjesto:	Ulica i broj:	
	JMBG/JIB:	Telefon:	e-mail:

Nastanak slučaja	☐ Troškovi liječenja usljed bolesti ili povrede ☐ Smrtni slučaj ☐ Troškovi repatrijacije		
	☐ Gubitak prtljage ☐ Otkaz putovanja ☐ _____		

Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja:	
Imena i adrese očevidaca slučaja:	
Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
Ime i prezime doktora?	
Navedite tačnu dijagnozu bolesti ili povrede:	
Da li je osiguranik bio na bolničkom liječenju: ☐ da ☐ n e	
Naziv ustanove: _____	Trajanje boravka u bolnici: od _ . _ . 201_ g. do _ . _ . 201_ g.
Da li je povrijeđeni i ranije pretrpio tjelesnu povredu, kakvu i kada?	
Navedite, da li je povrijeđeni prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav ili je već ranije imao bolesti, tjelesna oštećenja i da li se liječio od istih?	

	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 2 / 2
	Prijava osiguranog slučaja PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	

Da li je osiguranik u momentu nastanka nesretnog slučaja bio pod uticajem droga ili alkohola i koliki je bio stepen?	
Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ tu istragu vodio?	
Da li pored ovog osiguranja imate osiguranje kod druge osiguravajuće kuće i koje?	

U slučaju nastanka saobraćajne nezgode sa drugim vozilom obavezno navesti:

Vlasnik vozila	JMBG/JIB	Mjesto, ulica I broj mjesto			Telefon:	e-mail	
Podaci o vozaču	Ime i prezime		Adresa		JMBG		
Podaci o vozilu	Registarski broj		Marka		Tip	Vrsta	
Osiguravajuće društvo		Broj polise				Važi do:	
Navesti koje je vozilo odgovorno za saobraćajnu nezgodu							

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i da sam saglasan da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad zatraže na uvid sve dokaze o liječenju u medicinskim ustanovama u kojima sam izvršio liječenje. Saglasan sam da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad kod svih nadležnih organa, ustanova, Sudu i drugim institucijama mogu zatražiti na uvid dokumentaciju vezanu za prijavu osiguranog slučaja. Saglasan/a sam da, u slučaju da je to potrebno za obradu odštetnog zahtjeva, Osiguravač ima pravo korišćenja podataka iz mog zdravstvenog kartona, te druge zdravstvene dokumentacije, koja se odnosi na moju istoriju bolesti, te sam saglasan da nadležna zdravstvena ustanova, kod koje se nalazi zdravstveni karton, može dostaviti navedeno Osiguravaču. Ova saglasnost važi od davanja iste, pa do isteka zakonskih rokova zastarjelosti potraživanja iz ugovora o osiguranju, a svojim potpisom potvrđujem da je ugovoreno da se ova saglasnost za obradu ličnih podataka ne može povući.

Korisnik odštete: ☐ Osiguranik ☐ Treća osoba	
Ime i prezime:	
Naziv banke korisnika odštete:	Broj računa:
	Transakcijski broj banke:
U mjestu _____ dana _____ godine	
M.P. _____ (potpis)	

Potrebni dokumenti:

1. Prijava
2. Kopija polise
3. Medicinska dokumentacija
4. Original faktura plaćenih medicinskih usluga i dokaz o plaćanju
5. Potvrda nadležnih organa kod nesrećnog slučaja
6. Kopija računa banke