

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

Polisa broj	Trajanje osiguranja		od __. __. __.20__ g. do __. __. __.20__ g.	
Datum nastanka osiguranog slučaja		__ . __ . __. 20__ god.		Vrijeme
Mjesto nezgode		Država		u __ sati i __ min
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	☐ Nastup bolesti ☐ Hirurška intervencija			
Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja:				
Koja zdravstvena ustanova je utvrdila dijagnozu? Navedite Ime i prezime doktora?				
Navedite tačnu dijagnozu bolesti ili povrede:				
Da li je osiguranik bio na bolničkom liječenju: da ☐ ne ☐				
Naziv ustanove:		Trajanje boravka u bolnici: od __. __. __.20__ g. do __. __. __.20__ g.		
Da li ste ranije pretrpili tjelesnu povredu, kakvu i kada?				
Navedite, da li je osiguranik prije nastupa osiguranog slučaja ranije imao bolesti, tjelesna oštećenja i da li se liječio od istih?				

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	
_____ (potpis)	

Potrebni dokumenti:

1. Prijava
2. Kopija polise
3. Medicinska dokumentacija
4. Original faktura plaćenih medicinskih usluga i dokaz o plaćanju
5. Kopija računa banke