

 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 NESRETNOG SLUČAJA NEZGODA	

Polisa broj:		Šteta broj:
Ugovarač osiguranja:		JMBG/JIB:
Osiguranik:		JMBG/JIB:
1.	Ime i prezime	
	Adresa i broj pošte	
	Zanimanje	
	Datum i mjesto rođenja	
2.	Mjesto i datum nastanka nesretnog slučaja	
3.	Detaljan opis nastanka nesretnog slučaja – na kakvom poslu i opis uzroka, te koje je povrede prouzrokovao	
4.	Dijagnoza o povredi iz zdravstvenog kartona	
5.	Imena i adrese očevidaca nesretnog slučaja	
6.	Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
7.	Kod koje zdravstvene ustanove se sada liječi?	
8.	U kojoj ambulanti se nalazi zdravstveni karton osiguranika?	
9.	Da li je povrijeđeni i ranije pretrpio tjelesnu povredu, kakvu i kada?	
	Da li je ranija povreda imala za posljedicu trajni invaliditet i u kom stepenu?	
	Da li je povrijeđeni prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav ili je već ranije djelimično bio nesposoban za rad?	
	Usljed čega? Da li usljed bolesti, tjelesne mane ili tjelesnog nedostatka i u kom stepenu?	
	Ako je već imao kakvu tjelesnu manu ili nedostatak, navesti u čemu se sastojala.	
10.	Da li je osiguranik u momentu nastanka nesretnog slučaja bio pod uticajem alkohola i koliki je bio stepen alkoholisanosti?	
11.	Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ tu istragu vršio?	
12.	Da li pored ovog osiguranja imate osiguranje kod druge osiguravajuće firme i koje?	

Transakcioni račun fizičkog lica: _____ **Banka:** _____

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.

U mjestu _____ dana _____ godine

Korisnik osiguranja

M.P.

Ugovarač osiguranja

 WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 2 / 2
	PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA NEZGODA	

ZA OBAVEZE PO KOLEKTIVNIM OSIGURANJIMA

Obavezno popunjava i ovjerava preduzeće:			
Ovim potvrđujem da je povrijeđeni radnik-ca:			
zaposlen-a u ovom preduzeću neprekidno od:		. .20 . god.	te da je osiguran-a od posljedica
nesretnog slučaja, kolektivnim osiguranjem kod Wiener Osiguranje Vienna Insurance Group A.D.			
polisom broj:		izdata dana:	. .20 . godine.
Ukoliko se premija osiguranja podmiruje iz PLATA radnika			
Potvrđujemo, da je u momentu dešavanja nesretnog slučaja za imenovanog plaćena premija za mjesec u kome			
se povrijedio tj. za vrijeme od:	. .20 . godine. do	. .20 . godine	u iznosu od: KM
i zaveden u platnom spisku pod brojem:			
Ukoliko se premija osiguranja, podmiruje iz sredstava PREDUZEĆA			
Potvrđujemo da je iznos mjesečne, godišnje premije za:		radnika, u iznosu od:	KM
izmiren dana:	. .20 . godine, a za period od:	. .20 . godine. do	. .20 . godine.
U mjestu _____ dana _____ godine		Potpis i pečat	

Ovjera podataka za slučaj smrti			
Ovim potvrđujemo da je radnik:			
iz:		bio u radnom odnosu kod ovog Preduzeća od dana:	
. .20 . god. do		. .20 . godine.	
Ujedno ovjeravamo da neposredno pred smrt imenovani nije bio na bolovanju za period od dana			
. .20 . godine do		. .20 . i da je za umrlog plaćena premija kolektivnog osiguranja i za vrijeme bolovanja.	
godine			
U mjestu _____ dana _____ godine		Potpis i pečat	