

 WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 1 / 3
	PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA NEZGODA	

Molimo detaljno pročitajte i popunite obrazac

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: _____			

	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 2 / 3
	PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA NEZGODA	

Molimo detaljno pročitajte i popunite obrazac

Saglasnost za obradu ličnih podataka koji se odnose na podatke o zdravlju osiguranika Da bi vaši podaci o zdravlju kao ugovarač osiguranja/osiguranik mogli biti obrađeni, prikupljeni i korišteni od strane Wiener osiguranja Vienna Insurance Group a.d. (u daljem tekstu: „Društvo“) u okviru ugovora o osiguranju, a u svrhu procjene prava na naknadu ili svote određene predmetnim ugovorom, potrebna je vaša izričita saglasnost. Podaci o zdravlju ugovarača osiguranja/osiguranika u vezi sa slučajevima naknade Ugovarač osiguranja/osiguranik svojim potpisom potvrđuje da daje saglasnost Društvu da prikuplja i obrađuje lične podatke o zdravlju od ljekara, bolnica ili drugih ustanova za zdravstvenu zaštitu, koji su neophodni za procjenu prava na naknadu i ispunjenje zahtjeva iz konkretnog osiguranog slučaja, uključujući informacije o dijagnozi, vrsti i trajanju liječenja. Ovo podrazumijeva da se ljekari, zdravstvene ustanove i druga lica oslobađaju obaveze ljekarske i profesionalne diskrecije. Neophodni podaci prema prethodno navedenom obuhvataju informacije koje su potrebne za procjenu prava na naknadu, kao što su informacije o bolestima, posljedicama nesreća i tjelesnim oštećenjima, kao i medicinsku dokumentaciju potrebnu za procjenu slučaja, uključujući podatke o razlozima hospitalizacije ili ambulantnog lečenja, uzrocima nesreće, forenzičke izveštaje i druge relevantne informacije. U slučaju prikupljanja ovih podataka, Društvo će osiguraniku/ugovaraču osiguranja dostaviti informacije propisane u članu 16. Zakona o zaštiti ličnih podataka BIH (u daljem tekstu: „Zakon“, i to u razumnom roku, a najkasnije u roku od 30 dana od dobijanja ličnih podataka. Ova saglasnost može biti povučena u bilo kojem trenutku, bez navođenja razloga, slanjem pismena na adresu Wiener osiguranje Vienna Insurance Group a.d., Kninska 1a, 78000 Banjaluka, ili na email adresu info@wiener.ba. Povlačenje saglasnosti ne utiče na zakonitost obrade podataka na osnovu saglasnosti prije njenog povlačenja. Ukoliko opozovete ovu saglasnost, Društvo možda neće biti u mogućnosti da dalje postupa po vašem zahtjevu za naknadu štete, budući da time neće biti omogućeno potpuno utvrđivanje svih relevantnih okolnosti potrebnih za odlučivanje o istom. Pored prava na povlačenje ove saglasnosti, između ostalog, imate pravo i na pristup, ispravku, brisanje, prenošenje, ograničenje obrade i prigovor na obradu ličnih podataka, kao i pravo na podnošenje pritužbe Agenciji za zaštitu ličnih podataka, sve u skladu sa Zakonom. Za više informacija o zaštiti ličnih podataka i vašim pravima kao klijenta, posjetite sljedeći link: https://wiener.ba/informacije-o-obradi-podataka/ Označavanjem odgovarajućeg polja potvrđujem da sam pročitao/la i razumio/la sadržaj ove saglasnosti, te da dobrovoljno dajem svoju izričitu saglasnost da Wiener osiguranje Vienna Insurance Group a.d. obrađuje moje lične podatke o zdravlju u skladu sa navedenim uslovima Saglasan: ☐ Nisam saglasan: ☐ Stavljanjem potvrde saglasnosti potvrđujem da: • sam upoznat/a sa pravima koja mi pripadaju prema Zakonu; • sam obaviješten/a o svrsi, obimu i načinu obrade mojih podataka U mjestu _____ dana _____ godine _____ (potpis)

Primjerak za: O - Osiguranik; O - Odjeljenje za procjenu i likvidaciju šteta; O - Odsjek za finansijske poslove

 WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP	WIENER OSIGURANJE VIENNA INSURANCE GROUP A.D. 78000 BANJA LUKA, Kninska 1A, BOSNA I HERCEGOVINA	Broj stranica: 3 / 3
	PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA NEZGODA	

Molimo detaljno pročitajte i popunite obrazac

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	