



SARAJEVO OSIGURANJE dd.

STRANA 1

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA SVA PITANJA

PODACI O OSIGURANIKU

JMBG _____

1. Ime i prezime: _____ spol (zaokružite) M Ž
2. Adresa stanovanja: _____ Tel: _____
3. Datum i mjesto rođenja: _____
4. Zanimanje i mjesto zaposlenja: _____
5. Kojim se sportom bavite rekreativno, amaterski ili profesionalno?

PODACI O DOGAĐAJU

1. Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj: _____ u _____ sati
2. U kojem mjestu, ulici, relaciji se dogodio nesretni slučaj?

3. Detaljno opišite događaj. Šta je uzrok nesretnog slučaja, na koji način se dogodio nesretni slučaj?

4. Dokaz da se nesretni slučaj dogodio su sljedeći očevici ili osobe koje su pomagale prije ljekara:
Ime i prezime i adresa: _____
Ime i prezime i adresa: _____
5. Ako je nezgoda nastala u prometu navedite registarsko oznake vozila učesnika
_____. Ako ste bili vozač predložite vozačku dozvolu ili potvrdu o poznavanju prometnih znakova, Zapisnik o alko-testiranju, Evropsko izvješće o nezgodi ili policijski zapisnik.
6. Jeste li neposredno prije nesretnog slučaja uživali drogu i narkotike ili alkohol, kakav i u kojoj mjeri?

7. Je li se o nezgodi vodila istraga, obavljen očevid, kazneni ili drugi postupak? Ako DA, navedite koji su to organi vodili

8. Ima te li još nekih policia osiguranja od posljedica nesretnog slučaja ili života (individualno, kolektivno, vozači i putnici u vozilu, vlasnici kreditnih kartica, učenici i studenti i dr.)? Navedite broj police i osiguravajuće držstvo.
Ako se po zahtjevu već vodi postupak navedite gdje:

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA

1. Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bolovali od degenerativnih bolesti zglobnog sistema, šećerne bolesti, bolesti centralnog i perifernog nervnog sistema, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilnog sistema, hronične plućne bolesti, alkoholizma, neke duševne bolesti ili druge navedene bolesti?

Ako DA i od kojih bolesti? _____

2. Jeste li prije ovog nesretnog slučaja imali tjelesnu manu ili tjelesnu ozljedu sa trajnim posljedicama? Ako DA, kakvu? Odnosno, da li Vam je ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti? Kada koliko i zbog čega?

PODACI O LIJEČENJU POSLIJE NESRETNOG SLUČAJA

1. Jeste li se odmah prijavili liječniku, odnosno pozvali liječnika radi pregleda i pružanja pomoći DA NE

Ako NE, zašto? _____

2. Naziv bolnice gdje ste se prvi put liječili: _____

3. Primitak u bolnicu; dan _____, sat _____ izlazak; dan _____ sat _____

4. Ako niste bili u bolnici, gdje ste se liječili? _____

5. Opis ozljeda: _____

6. Gdje se sada liječite i kod kojeg liječnika: _____

7. Na bolovanju zbog ovog nesretnog slučaja bio/la sam od _____ do _____

8. Jeste li se držali liječničkih savjeta i uputa u pogledu liječenja: DA NE

Ako NE, zašto _____

OSTALI PODACI

1. Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje ostvarijete primarnu zdravstvenu zaštitu:

2. Račun banke za isplatu (zaokružite) a) tekući b) štedni broj Vašeg računa, naziv i sjedište banke

3. UZ PRIJAVU PRILAŽEM: (zaokružite):

1. medicinsku dokumentaciju od _____ do _____

2. Ostalo (navedite) _____

Izjavljujem potpisom potvrđujem da je na sva pitanja odgovoreno istinito i potpuno te da ljekari koji su me liječili prije i poslije nesretnog slučaja mogu dati sve podatke osiguravatelju o mojem zdravstvenom stanju zbog utvrđivanja osiguravateljen obaveze. Saglasan sam da SARAJEVO OSIGURANJE d.d. Sarajevo, ima pristup privatnim podacima koje sazna putem potpisnika ovog dokumenta. Pri tome je SARAJEVO OSIGURANJE d.d. dužan osigurati povjerljivost postupanja i punu zaštitu privatnih i zaštićenih podataka potpisanog osiguranika. Podaci će biti korišteni isključivo u svrhu rješavanja zahtjeva osiguranika.

U _____ dne, _____

Čitko ime i prezime podnosioca prijave

Potpis



STRANA 2

SARAJEVO OSIGURANJE dd.

POPUNJAVA UGOVARATELJ-POSLODAVATELJ

Ugovaratelj _____	_____
	Matični broj UG
Potvrđujem da je zaposlenik-ca _____	
	Ime prezime i datum rođenja
U radnom odnosu	
- na neodređeno vrijeme od _____ do _____	
- na određeno vrijeme od _____ do _____	
Te da je osiguran-a po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj _____ .	

Ukoliko se premija osiguranja podmiruje iz sredstava ugovarača:
Potvrđujem da je u momentu dešavanja nesretnog slučaja za imenovanog plaćena premija za vrijeme od _____ do _____ u iznosu od _____ KM

Ukoliko se premija osiguranja podmiruje iz plaće radnika:
Potvrđujem da je u momentu dešavanja nesretnog slučaja za imenovanog plaćena premija za mjesec u kojem se povrijedio tj. za vrijeme od _____ do _____ u iznosu od _____ KM
Isti zaveden na platnom spisku pod brojem _____

Zahtjev osiguranika po ovoj polici ne može se riješiti ako premija nije plaćena kako je ugovoreno policom i uvjetima osiguranja. Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su upisani podaci tačni, istiniti i potpuni.

M.P.

Potpis i pečat

U _____ dne _____ .