

ZAHTEJEV ZA NAKNADU PO OSNOVU DOPUNSKOG OSIGURANJA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA PO POLISI BR.

1. Ugovarač osiguranja: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (mjesto, ulica i broj) c) lični broj (JMBG)	
2. Osiguranik: a) ime i prezime b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mjesto) c) zanimanje d) kontakt telefon e) lični broj (JMBG)	
3. Datum nastanka osiguranog slučaja (dan, mjesec, godina):	
4. Tačan opis osiguranog slučaja (mjesto i način nastanka, mehanizam povrijeđivanja):	
5. Imena i adrese očevidaca osiguranog slučaja:	
6. Opis povreda nastalih usljed osiguranog slučaja:	
7. Koja je zdravstvena ustanova pružila prvu ljekarsku pomoć (navesti i ime ljekara)?	
8. Da li je osiguranik povodom predmetne nezgode boravio u nekoj zdravstvenoj ustanovi (bolnički dani) i ako jeste navesti tačan naziv ustanove i period boravka (datum prijema i otpuštanja iz iste)?	
9. U kojoj je zdravstvenoj ustanovi liječen?	
10. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima otvoren zdravstveni karton:	
11. Da li je povređeni prije ovog osiguranog slučaja imao povredu (neku tjelesnu manu, nedostatak, invaliditet) ili je bio bolestan i od čega?	
12. Da li je po prijavljenom slučaju izvršen uviđaj, vođena istraga i od kog nadležnog organa?	

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno).

Ovlašćujem ljekare koji me liječe ili su me ranije liječili da mogu pružiti sva obavještenja u vezi sa mojim zdravstvenim stanjem povodom navedenog osiguranog slučaja koje predstavnici Wiener Städtische životnog osiguranja a.d. Podgorica od njih budu tražili.

Potpisom na ovom zahtjevu ugovarač/osiguranik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će Osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovom zahtjevu, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i prenijeti svojim zaposlenima i trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Svojim potpisom ugovarač/osiguranik/korisnik potvrđuje da je izričito saglasan da Osiguravač njegove podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procjene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslijediti trećim licima sa kojima Osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

U _____, _____ god.

(potpis osiguranika)

POPIS POTREBNIH DOKUMENATA ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA

U SLUČAJU INVALIDITETA:

1. *Popunjen zahtjev*
2. *Original ili ovjerene foto-kopije cjelokupne medicinske dokumentacije o liječenju (od početnog do završnog izvještaja)*
3. *Dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik MUP-a o uviđaju, rješenje sudije za prekršaje, presuda, i sl.)*
4. *Ukoliko je do nesrećnog slučaja došlo prilikom upravljanja motornim vozilom za koje je potrebna dozvola, ovjerena fotokopija vozačke dozvole osiguranika koji je u momentu saobraćajne nezgode upravljao vozilom*
5. *Foto-kopija lične karte osiguranika*
6. *Foto-kopija kartice sa brojem žiro računa osiguranika*
7. *Osiguravač zadržava pravo da zahtijeva dodatnu dokumentaciju*