

Broj polise

Broj prijave

(popunjava Wiener Städtische osiguranje)

1. Podaci o podnosiocu zahteva (ugovarač / osiguranik)

Ugovarač osiguranja

Ime i prezime / Naziv pravnog lica

JMBG / MB

PIB

Adresa, telefon, e-mail adresa

2. Osiguranik

Ime i prezime

JMBG / MB

Adresa, telefon, e-mail adresa

Zanimanje

Broj tekućeg računa i naziv banke na
koji će se izvršiti isplata štete

3. Podaci o poslodavcu osiguranika

Naziv pravnog lica

Adresa i mesto sedišta

Matični broj

PIB

Vrsta radnog odnosa

Osiguranika kod poslodavca
(rad na neodređeno vreme, rad na
određeno vreme, privremeni i
povremeni poslovi, ugovor o delu,
ugovor o pružanju usluga i dr.)

Radno vreme osiguranika
kod poslodavca u toku nedelje
(u časovima)

Da li je Osiguranik bio prijavljen
kod poslodavca na obavezno
socijalno osiguranje? DA/NE

4. Podaci o gubitku zaposlenja
Razlog gubitka zaposlenja/ prestanaka radnog odnosa
Datum prestanka radnog odnosa
Dužina trajanja radnog odnosa Osiguraniika kod poslodavca
Da li je Osiguranik ostvario naknadu za slučaj nezaposle- nosti od Nacionalne službe za zapošljavanje? DA/NE
Ako je odgovor DA, navesti period u kojem je primio na- knadu od Nacionalne službe za zapošljavanje

SPISAK POTREBNIH DOKUMENATA:

- Kopija lične karte osiguranika / korisnika kredita
- Kopija radne knjižice i Ugovora o radu
- Kopija Rešenja o prestanku radnog odnosa
- Rešenje Nacionalne službe za zapošljavanje da je osiguranik prijavljen i da u tom momentu ispunjava uslov za dobijanje nadoknade od Nacionalne službe za zapošljavanje
- Uverenje Nacionalne službe za zapošljavanje da je osiguranik prijavljen i da je korisnik nadoknade od Nacionalne službe za zapošljavanje
- Ugovor o kreditu i anuitetni plan (fotokopija)
- Broj tekućeg računa na koji će se izvršiti isplata

5. Bolovanje
Datum postavljanja dijagnoze i otvaranja bolovanja
Podaci o dijagnozi
Da li je privremena sprečenost za rad i dužina sprečenosti utvrđena i do- kumentovana od strane medicinskog organa Republičkog fonda? DA/NE

OBAVEZNA DOKUMENTA KOD PRIJAVE BOLOVANJA:

- Ugovor o radu
- Anuitetni plan i ugovor o kreditu
- Lekarske doznake
- Rešenje komisije o bolovanju preko 30 dana

_____	_____
U	Podnosilac zahteva
_____	_____
Dana	Broj L.K. i MUP
_____	_____
Dana	potpis ovlašćenog lica koje je primilo zahtev

Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/oštećenik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i preneti 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 osiguranik/oštećenik/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 procene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti 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.