

Broj štete		Broj ponude/ polise	
------------	--	------------------------	--

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja koja se nalaze u ovom obrascu. Time nam omogućavate bržu obradu Vašeg zahteva. Hvala!

1. Podaci o osiguranom licu (osiguranik)	
Ime i prezime	
Adresa	
E-mail adresa (obavezno polje)	
Telefon	JMBG
Banka i broj tekućeg računa (obavezno polje)	

2. Podaci o osiguranom slučaju	
Datum uspostavljanja dijagnoze	U kojoj zdravstvenoj ustanovi je uspostavljena dijagnoza
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dan mes god	<input type="text"/>
Tačan naziv dijagnoze teže bolesti	
<input type="text"/>	
Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su podaci tačni, potpuni i istiniti. Ovim ovlašćujem lekare koji me leče ili koji su me ranije lečili, odnosno lekare koji su lečili osiguranika, da mogu pružiti sva obaveštenja u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem koje predstavnici Wiener Städtische osiguranje a.d.o. od njih budu tražili.	
U _____ dana _____	_____
	Potpis osiguranika

3. Potvrda ugovarača osiguranja (preduzeća, radne organizacije, društva, ustanove)	
Naziv ugovarača osiguranja	PIB
Adresa	MB
Ovim potvrđujemo da je	
u radnom odnosu kod ovog preduzeća / organizacije na	<input type="checkbox"/> neodređeno <input type="checkbox"/> određeno vreme
	počev od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dan mes god
Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su podaci tačni, potpuni i istiniti	
U _____ dana _____	_____
	Potpis ovlašćenog lica i pečat
(ukoliko je firma ukinula pečat dostaviti potvrdu da je osigurano lice u radnom odnosu kod Ugovarača osiguranja putem mejla, a sa mejl adrese Ugovarača koja je registrovana kao zvanična e-mail adresa pravnog lica)	

Svojim potpisom dajem saglasnost da se svi podaci u vezi sa obradom i likvidacijom štete mogu dostaviti Ugovaraču osiguranja/ Poslodavcu.

POPIS POTREBNIH DOKUMENATA:

- Ova prijava osiguranog slučaja (overena pečatom/elektronskim kvalifikovanim potpisom odgovornog lica; u slučaju da je pravno lice ukinulo korišćenje pečata, uz popunjen obrazac prijave dostaviti potvrdu u vidu mejla da je osigurano lice u radnom odnosu kod Ugovarača osiguranja poslatu sa zvanične mejl adrese pravnog lica registrovane u APR-u)
- Kompletna medicinska dokumentacija - fotokopija (original na uvid na zahtev osiguravača)
- Broj dinarskog tekućeg računa (potvrda banke ili fotokopija osnovne bankokartice bez njenog serijskog broja)
- Ostala dokumentacija na zahtev Wiener Städtische osiguranja

Saglasan sam da Osiguravač na navedenu mail adresu može elektronski dostaviti obaveštenje i odluku u vezi sa ovim zahtevom, što će se smatrati urednim dostavljanjem tih akata.

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.