

Broj štete _____ Protokol _____ Datum protokola _____

PRIJAVA ŠTETE PO OSNOVU DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**PODACI O UGOVARAČU**

Broj police _____

- a) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje b) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa preventivnim pregledima
 c) Dnevna naknada za boravak u bolnici d) Osiguranje preventivnih pregleda

Period važenja _____

Naziv pravnog lica/ime i prezime _____

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime _____

JMBG

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Zanimanje _____

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja _____

JMBG roditelja

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

PODACI O SLUČAJU

- Osigurani slučaj: a) specijalistički pregledi b) dijagnostički postupci c) lijekovi
 d) preventivni pregledi e) medicinska pomagala f) psihoterapija
 g) fizioterapija h) bolnički dani u zemlji i) bolnički dani u inostranstvu
 j) boravak u rehabilitacionom centru k) porod l) ostalo _____

PODACI O NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA

Datum _____ Vrijeme _____ Mjesto _____

Opis nastanka štetnog događaja _____

Opći podaci o slučaju _____

Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje? a) DA b) NE
(ako ima, navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime specijaliste porodične medicine/ljekara opće prakse)

Da li je osiguranik već prijavljivao neki drugi osigurani slučaj po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih vrsta osiguranja kod ASA Central Osiguranja d.d.? (ako da, kada i po kojem osnovu) a) DA b) NE

PODACI O LIJEČENJU/PREVENTIVNOM PREGLEDU

Koja vrsta liječenja/pretraga/tretmana/preventivnog pregleda je provedena?

Molimo Vas da navedete naziv ustanove i ljekara koji je ustanovio medicinsku indicaciju/obavio prvi pregled/ obavio preventivni pregled?

Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda

KUPOVINA LIJEKOVA/POMAGALA

Koji lijek/pomagalo je kupljeno? _____

Da li je isti/isto prije korišteno? a) DA b) NE

Ako su u pitanju dioptrijske naočale/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko? _____

Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda _____

PODACI O BORAVKU U BOLNICI/REHABILITACIJSKOM CENTRU

Datum prijema i odlaska iz bolnice: datum prijema _____ datum odlaska _____

Datum prijema i odlaska iz rehabilitacijskog centra: datum prijema _____ datum odlaska _____

Razlog boravka: a) bolest b) porod c) nezgoda; ime ljekara, dijagnoza: _____

Ako je razlog boravka u bolnici porod navesti datum poroda i broj djece _____

Naziv ustanove, mjesto, država _____

Broj bolničkih dana _____

PRETHODNE BOLESTI I/ILI TJELESNA OŠTEĆENJA

Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, povrede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.

a) DA b) NE

Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja? (ako da, u kojem smislu i obimu)

a) DA b) NE

PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

Isplatu izvršiti: a) Oštećeniku b) Roditelju c) Korisniku d) Medicinskoj ustanovi

Naziv banke oštećenika/opunomoćenika _____

Lični račun u banci/Transakcijski račun

Transakcijski broj banke

IBAN _____ SWIFT

DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ PRIJAVU-ORIGINALNA ILI OVJERENE KOPIJE

- a) Lična karta b) Za malodobne osobe - rodni list i LK roditelja c) Prijava o povređivanju na radnom mjestu
 d) Medicinska dokumentacija e) Računi za troškove liječenja f) Doznake za bolovanje g) Bankovna kartica/račun
 h) Ostalo _____
 i) Zapisnik o uviđaju saobraćajne nezgode _____

Samo u slučaju smrti osiguranika: a) Izvod iz matične knjige umrlih b) Dokaz o uzroku smrti c) Rješenje o nasljeđivanju

NA KOJI NAČIN ŽELITE DA VRŠITE KOMUNIKACIJU SA ASA CENTRAL OSIGURANJEM TOKOM OBRADJE ZAHTJEVA?

Telefon- sms poruka E-mail Pošta Drugi način _____

Pod punom moralnom, materijalnom i krivilnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. da se obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i ispravnosti odgovora može obratiti svim zdravstvenim ustanovama, a ove ljekare ovlašćujem da mogu dati tražena obavještenja bez moje posebne saglasnosti. Također izjavljujem/o i da su svi podaci o primatelju odštete i bankonom računu na koji će se izvršiti uplata tačni i istiniti.

Saglasan/na sam da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo vrši obradu mojih ličnih podataka (ime i prezime, adresa stanovanja, telefonski broj, e-mail, JMBG, kopija lične karte i bankovnog računa) u skladu sa pozitivnim pravnim aktima uz ovlaštenje za prikupljanje dodatnih podataka potrebnih za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva (od: MUP, IDDEA, U slučaju potrebe Obavijest o odustanku od date saglasnosti i ovlaštenja ću dostaviti pismenim putem.

Kao nosilac ličnih podataka, izjavljujem da želim da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo predam na uvid lične dokumente iz kojih su vidljivi moji lični podaci, odnosno izjavljujem da želim da predam kopije ličnih dokumenata i da sam saglasan/a da se u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva mogu obrađivati moji lični podaci, koji me identifikuju ili iz kojih se može utvrditi moj identitet, a posebno se moja izričita saglasnost odnosi na lične podatke o zdravstvenom stanju, te da se isti, zajedno sa medicinskom dokumentacijom mogu dostavljati i ostalim subjektima uključanim u obradu odštetnog zahtjeva u Bosni i Hercegovini i inostranstvu.

Navedenu saglasnost dajem za vremenski period do okončanja obrade odštetnog zahtjeva.

Mjesto i datum prijave

Podnositelj
Potpis/ovlaštena osoba i pečat