

Broj štete \_\_\_\_\_ Protokol \_\_\_\_\_ Datum protokola \_\_\_\_\_

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

Broj police: \_\_\_\_\_

Period važenja police: \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

JMBG ugovarača 

Adresa:

Grad: \_\_\_\_\_ Općina: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Ulica i broj: \_\_\_\_\_ Kontakt telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja: \_\_\_\_\_

JMBG roditelja 

Grad: \_\_\_\_\_ Općina: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Ulica i broj: \_\_\_\_\_ Kontakt telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**PODACI O OSIGURANIKU**

Ime i prezime:

JMBG osiguranika 

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 NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA**

Datum početka putovanja u inostranstvo \_\_\_\_\_ Datum nastanka osiguranog slučaja \_\_\_\_\_

Mjesto (država i grad) nastanka osiguranog slučaja \_\_\_\_\_

Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja (uzrok, na koji način, pri kojim aktivnostima, na kojem mjestu, sa kojim posljedicama...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da li se povrijeđena osoba javila liječniku nakon nastanka osiguranog slučaja?  DA  NE

Naziv i adresa zdravstvene ustanove \_\_\_\_\_

Posljedice/uspostavljena dijagnoza \_\_\_\_\_

Da li se osoba obraćala Mondial Assistance?  DA  NE

Navesti precizno: datum i vrijeme \_\_\_\_\_

Da li je neko po ovom štetnom događaju i po ovom osnovu vršio plaćanje troškova (potpuno ili djelimično)?  DA  NE

Ukoliko jeste, navesti ko \_\_\_\_\_ koji iznos \_\_\_\_\_

Da li je osoba prije ovog putovanja pretrpjela ozlijeđenu/bolovala bolest?  DA  NE

## U SLUČAJU SMRTI OSIGURANIKA

Ime i prezime korisnika: \_\_\_\_\_

JMBG korisnika:

Grad: \_\_\_\_\_ Općina: \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Ulica i broj: \_\_\_\_\_ Kontakt telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Kada je izvršena repatrijacija-prevoz posmrtnih ostataka u BiH? \_\_\_\_\_

## PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

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

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) Polica  c) Za malodobne osobe - rodni list i LK roditelja  d) Spisak putnika  
 e) Medicinska dokumentacija  f) Račun za troškove liječenja  g) Računi za troškove repatrijacije  
 h) Bankovna kartica / račun  i) Dokaz plaćanja  j) Ostalo \_\_\_\_\_

## NA KOJI NAČIN ŽELITE DA VRŠITE KOMUNIKACIJU SA ASA CENTRAL OSIGURANJEM TOKOM OBRADE ZAHTEVA

- 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 uključenim 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