

**BRČKO-GAS**
OSIGURANJE**PRIJAVA ŠTETE**
Putničko zdravstveno osiguranje

Prijava	Broj štete	Organizaciona jedinica
Polisa	Broj polise	Tarifa
Ugovarač osiguranja	Prezime, ime ili naziv firme Poštanski broj, mjesto, ulica i broj	
Osiguranik	Prezime, ime ili naziv firme _____ Matični broj _____ Datum rođenja _____ Poštanski broj, mjesto, ulica i broj _____ Broj telefona _____ Zanimanje _____	

Opšta podaci o slučaju

Osigurani slučaj	a) Troškovi liječenja u inostranstvu b) Smrt usljed nezgode c) Otkaz putovanja	d) Troškovi repatrijacije e) Trajni invaliditet usljed nezgode	f) Smrt usljed bolesti g) Gubitak ili oštećenje prtljage
Kada je nastupio osigurani slučaj?	Datum	Vrijeme	
Mjesto događaja			
Detaljan opis događaja: _____			
Imena i adrese očevidaca:			
Da li je po prijavljenom osiguranom slučaju vođena istraga i ko je vodio?	Da Ne	Naziv policijske stanice ili druge ustanove	
Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja konzumirao alkohol ili narkotike?	Da Ne	Koji, u kojoj količini? _____	
Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju?	Da Ne	Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti.	

U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke

Registarska oznaka	Vozilo koje je učestvovalo u nezgodi	Vozilo drugog učesnika u nezgodi
Ime i prezime vlasnika vozila	_____	_____
Vozačka dozvola vrijedi do	_____	_____
Navedi osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	_____	

* Odgovarajuće zaokružiti

Podaci o liječenju

Kada i gdje je osiguraniku pružena prva ljeakarska pomoć?	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljeakara	
Molimo Vas navedite tačne dijagnoze:		
Da li je osiguranik bio na bolničkom liječenju	Da Ne	Naziv bolnice ili druge ustanove, trajanje liječenja

Bolesti i oštećenja prije osiguranog slučaja

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 kičme, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.	Da	_____
	Ne	_____

Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja?	Da Moguće Ne	Ako da, u kojem smislu i obimu? _____ _____
Korisnik osiguranja 1	Prezime i ime / naziv firme Poštanski broj, mjesto ulica i broj Datum rođenja Broj telefona Naziv banke Broj tekućeg / žiro računa	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Korisnik osiguranja 2	Prezime i ime / naziv firme Poštanski broj, mjesto ulica i broj Datum rođenja Broj telefona Naziv banke Broj tekućeg / žiro računa	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Punomoć osiguravaču

Ovlašćujem ljeakare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, da "Brčko-gas osiguranju" d.d. Brčko daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljeakarske nalaze, istoriju bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem "Brčko-gas osiguranje" d.d. Brčko da od svih državnih organa, ustanova, sudova i dr. traži i ima pravo uvida u dokumentaciju i sadržaj u spisima koji se vode kod tih subjekata u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja u ovom obrascu odgovorio potpuno i istinito.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika

* Odgovarajuće zaokružiti