

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 usled čega je nastupila hirurška intervencija	U kojoj zdravstvenoj ustanovi je uspostavljena dijagnoza usled čega je nastupila hirurška intervencija
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dan mes god	<input type="text"/>
Datum hirurške intervencije (nastanka osiguranog slučaja)	U kojoj zdravstvenoj ustanovi je izvršena hirurška intervencija
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dan mes god	<input type="text"/>
Uzrok nastanka osiguranog slučaja (hirurške intervencije) - tačan i iscrpan opis kako je došlo do hirurške intervencije	
<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, predškolske ustanove, škole, fakulteta)	
Naziv ugovarača osiguranja	PIB
Adresa	MB
Ovim potvrđujemo da je	
u radnom odnosu kod ovog preduzeća / organizacije na <input type="checkbox"/> neodređeno određeno vreme počev od <input type="text"/> dan <input type="text"/> mes <input type="text"/> 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

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

POPIS POTREBNIH DOKUMENATA:	
<ul style="list-style-type: none"> Ova prijava osiguranog slučaja Kompletna medicinska i druga dokumentacija - fotokopija (original na uvid) Zdravstveni karton sa svim priložima - fotokopija overena od strane zdravstvene ustanove 	<ul style="list-style-type: none"> Broj dinarskog tekućeg računa (potvrda banke ili fotokopija osnovne banko-kartice 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 ovog zahteva, 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.