

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

KOLEKTIVNA NEZGODA - RADNICI

Ugovarač _____

Osiguranik	
1. a) Prezime, očeva ime i ime osiguranika b) Tačna adresa i broj pošte c) Zanimanje d) Datum i mjesto rođenja e) Broj tekućeg računa i naziv banke	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
2. Mjesto i datum dešavanja nesretnog slučaja	_____ 20 ____ u časova _____
3. Opis nesrećnog slučaja - kako je do njega došlo, pri kakvom poslu, iz kog razloga i koje povrede je prouzrokovao	_____ _____ _____
4. Dijagnoza o povredi iz zdravstvenog kartona	_____ _____
5. Imena i adrese očevidaca	_____ _____
6. Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	_____
7. Kod koje zdravstvene ustanove se sada liječi?	_____
8. U kojoj ambulanti se nalazi zdravstveni karton osiguranika?	_____
9. a) Da li je povrijeđeni i ranije pretrpio tjelesnu povredu, kakvu i kada? b) Da li je ranije povreda imala za posljedicu trajni invaliditet i u kom stepenu? c) Da li je povrijeđeni prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav ili je već ranije djelimično bio nesposoban za rad? d) Usljed čega: da li usljed bolesti, tjelesne mane ili tjelesnog nedostatka, i kom stepenu? e) Ako je već imao kakvu tjelesnu manu ili nedostatak, navesti u čemu se sastojala?	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
10. Da li je osiguranik u momentu nastanka nesretnog slučaja bio pod uticajem alkohola? I koliki je stepen alkoholisanosti?	_____ _____
11. Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ tu istragu vodio?	_____
12. Da li pored ovog osiguranja imate kod nekog osiguravajućeg društva zaključeno i drugo osiguranje i koje?	_____

U _____ 20 ____ god.

 Korisnik osiguranja

MP

 (potpis ugovarača)

ZA OBAVEZE PO KOLEKTIVNIM OSIGURANJIMA

Obavezno popunjava i ovjerava preduzeće

Ovim potvrđujem da je povrijeđeni _____

zaposlen-a u ovom preduzeću, radnoj zajednici neprekidno od _____

te da je osiguran od posljedica nesretnog slučaja, kolektivnim osiguranjem kod

"DRINA OSIGURANJE" AD MILIĆI

polisom broj: _____ izdata dana _____ 20 ____ godine.

Ukoliko se premija osiguranje podmiruje iz LD radnika.

Potvrđujemo, da je u momentu nesretnog slučaja za imenovanog plaća premija za mjesec u kome se povrijedio tj. za vrijeme od _____ 20 ____ do _____ 20 ____ godine, u iznosu od KM _____ i zaveden u platnom spisku pod brojem _____

Ukoliko se premija osiguranja, podmiruje iz sredstava radne organizacije.

Potvrđujemo da je iznos mjesečne, godišnje premije za _____ radnika u iznosu od _____ KM izmiren dana _____ 20 ____ . godine a za period od _____ 20 ____ do _____ 20 ____ god.

U _____ dana _____ 20 ____ g.

Potpis i pečat

Ovjera podataka u slučaju smrti

Ovim potvrđujemo da je radnik _____ iz _____

bio u radnom odnosu kod ove radne organizacije - ustanove - društva, od dana _____ 20 ____ .

do dana _____ 20 ____ . godine.

Ujedno ovjeravamo da neposredno pred smrt imenovani nije bio na bolovanju za period

od dana _____ 20 ____ . do dana _____ 20 ____ . i da je za umrlog

plaćena premija kolektivnog osiguranja i za vrijeme bolovanja.

U _____ dana _____ 20 ____ g.

Potpis i pečat