

Ogranak filijala

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

UGOVARAČ: _____

1.	a) Ime i prezime osiguranika b) Adresa c) Zanimanje d) Datum i mesto rođenja e) JMBG f) Broj telefona osiguranika g) Broj tekućeg računa korisnika i naziv banke	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2.	Datum dešavanja osiguranog slučaja	_____ u _____ h

A. POSLEDICE NESREĆNOG SLUČAJA

1.	Tačan opis kako je do nesrećnog slučaja došlo (Na kome mestu, na koji način - pri kakvom poslu - i iz kog uzroka je nesrećni slučaj nastao)	_____ _____ _____ _____
2.	Imena i adrese očevidaca ili svedoka nesrećnog slučaja	_____ _____ _____
3.	Koje povrede je nesrećni slučaj prouzrokovao? (npr. povreda kolena, šake, potkolenice ili smrt)	_____ _____ _____
4.	Koji je lekar pružio prvu pomoć? (Ime, prezime, zdravstvena ustanova)	_____ _____
5.	a) Da li je povređeni i ranije pretrpeo takvu telesnu povredu? b) Da li je ranija povreda imala za posledicu trajni invaliditet i u kom stepenu?	a) _____ _____ b) _____ _____
6.	Da li je u vezi nesrećnog slučaja vođen postupak od strane nadležnog organa? (Sud, SUP, inspekcija i sl.) Navesti koji.	_____ _____ _____

B. SMRT USLED BOLESTI

1.	Koji je uzrok smrti (dijagnoza)	_____ _____
----	---------------------------------	----------------

C. KORISNICI ZA SLUČAJ SMRTI

Ime, prezime i adresa korisnika JMBG i broj telefona Naziv banke i broj računa	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3. _____ _____
--	---

Ovim izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno). Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja koje osiguravač u vezi sa prijavljenim slučajem bude od njih zatražilo..

U _____ dana _____ 20__ god.

(potpis korisnika osiguranja)

ZA KOLEKTIVNA OSIGURANJA

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA

da je _____ sa adresom _____
ulica _____ br. _____, po zanimanju _____
zaposlen – član – putnik – gost u našoj organizaciji od _____ do _____.
U okviru zanimanja obavlja poslove _____, a osiguran je kolektivnim
osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja – nezgode kod "DDOR NOVI SAD" a.d. Novi Sad polisom broj
_____, sa početkom od _____ 20 ____ . godine.

Ujedno potvrđujemo da je imenovani bio zaposlen – član – putnik – gost u našoj organizaciji na dan
dešavanja nesrećnog slučaja – nezgode.

Ukoliko se premija plaća obustavom od zarade radnika upisati iznos obustave za mesec u kojem se
radnik povredio _____

(mesto i datum)

M.P.

(potpis ovlašćenog lica)

• DDOR NOVI SAD • a.d.o. NOVI SAD

Potvrđujem da je po polisi broj _____ od ugovarača _____
iz _____ naplaćena poslednja premija u iznosu od din. _____
za vreme od _____ do _____ 20 ____ . godine.

Početak osiguranja _____

Tarifa _____

Osigurana suma za:

Smrt usled nesrećnog slučaja _____

Trajni invaliditet _____

Smrt usled bolesti _____

Dnevnu naknadu _____

Troškove lečenja _____

U _____, dana _____ 20 ____ . godine.

(pečat i potpis ovlašćenog lica)