

Filijala .....

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA**

UGOVARAČ: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| 1. a) Ime i prezime osiguranika<br>b) Adresa<br>c) Zanimanje<br>d) Datum i mesto rođenja<br>e) JMBG<br>f) Broj telefona osiguranika<br>g) Broj tekućeg računa korisnika i naziv banke<br>h) Broj mobilnog telefona i e-mail | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| 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)         | _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| 2. Imena i adrese očevidaca ili svedoka nesrećnog slučaja  | _____<br>_____<br>_____          |
| 3. Koje povrede je nesrećni slučaj prouzrokovao? (npr. povreda kolena, šake, potkolenice ili smrt)   | _____<br>_____<br>_____          |
| 4. Koji je lekar pružio prvu pomoć? (Ime, prezime, zdravstvena ustanova)   | _____<br>_____                   |
| 5. a) Da li je povređeni i ranije pretrpeo takvu telesnu povredu?<br>b) Da li je ranija povreda imala za posledicu trajni invaliditet i u kom stepenu? | a) _____<br>b) _____             |
| 6. Da li je u vezi nesrećnog slučaja vođen postupak od strane nadležnog organa? (Sud, SUP, inspekcija i sl.)<br>Navesti koji.                          | _____<br>_____<br>_____          |

**B. SMRT USLED BOLESTI**

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| 1. Koji je uzrok smrti (dijagnoza) | _____<br>_____ |
|------------------------------------|----------------|

**C. KORISNICI ZA SLUČAJ SMRTI**

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Ime, prezime i adresa korisnika<br>JMBG i broj telefona<br>Naziv banke i broj računa | 1. _____<br>2. _____<br>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)