



ДИРЕКЦИЈА ЗА НАКНАДУ ШТЕТА
Центар за накнаду штета _____

Матични број уговарача осигурања _____
Број полисе _____
Број обавезе _____

ОПШТА ПРИЈАВА О НЕСРЕЋНОМ СЛУЧАЈУ

1. Име и презиме лица или назив уговарача који је закључио уговор о осигурању	
2. Подаци о осигуранику: а) име и презиме б) лични број осигураника в) адреса пребивалишта (број поште, место, улица и број, општина) г) занимање д) датум и место рођења ђ) контакт телефон е) e-mail	а б) в) г) д) ђ) е)
3. Датум дешавања осигураног случаја	дана _____ год. у _____ часова
4. Тачан опис како је до осигураног случаја дошло? (на коме месту на који начин – при каквом послу – и из ког узрока је несрећни случај настао)?	
5. Имена и адресе очевидаца несрећног случаја?	
6. Које последице повреда је несрећни случај проузроковао?	
7. Која је здравствена установа пружила прву лекарску помоћ?	
8. У којој је здравственој установи лечен?	
9. Да ли је повређени пре ове пријављене повреде имао повреду или је био болестан и од чега?	
10. Да ли је по пријављеном случају извршен увиђај, вођена истрага и од којег надлежног органа?	
11. Да ли осигураник има право на бесплатну здравствену заштиту?	
12. Да ли сте регистрован члан неке спортске организације, ако јесте које?	
13. Број текућег рачуна осигураника/корисника осигурања	

Овим изјављујем да сам на сва питања одговорио тачно, истинито и потпуно. Овлашћујем лекаре који ме лече, као и оне који су ме раније лечили, да могу пружити сва обавештења која осигуравач у вези са пријављеном штетом од њих буде затражио.

У _____, _____ год.

Потпис осигураника – корисника осигурања



**ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА ЗА ПРИЈАВЉЕНУ ОБАВЕЗУ
ПО КОЛЕКТИВНОМ ОСИГУРАЊУ ЗАПОСЛЕНИХ ОД ПОСЛЕДИЦА
НЕСРЕЋНОГ СЛУЧАЈА**

Матични број _____

Овим потврђујемо да је _____

са станом у _____ улица _____

општина _____ Пошта бр. _____

запослен код нас на:

- одређено време од _____ до _____
- неодређено време, непрекидно од _____

да у оквиру овог занимања обавља послове _____ да је осигуран од последица несрећног случаја колективним осигурањем наших радника код Компаније “Дунав осигурање” а.д.о.

Главне филијале осигурања _____, полиса број _____

издате дана _____.

У _____, _____ год.

(печат и потпис овлашћеног лица)

ОБ-002