



SARAJEVO OSIGURANJE dd.

## PRIJAVA SMRTI ZBOG NESRETNOG SLUČAJA I SMRTI OD BOLESTI

MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA SVA PITANJA  
PODACI O OSIGURANIKU

1. Ime i prezime: _____	spol (zaokružite) M Ž
2. Adresa stanovanja: _____	Tel: _____
3. Datum i mjesto rođenja: _____	
4. Zanimanje: _____	
5. JMBG: _____	

### PODACI O DOGAĐAJU

1. Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj: _____	u _____ sati
2. Datum i sat smrti: _____	u _____ sati
3. U kojem mjestu, ulici, relaciji se dogodio nesretni slučaj? _____	
4. Detaljno opišite događaj. Šta je uzrok nesretnog slučaja, na koji način se dogodio nesretni slučaj? _____ _____ _____	
5. Ime i prezime i šifra liječnika koji je pružio prvu pomoć _____	
6. Da li se osiguranik liječio od nesretnog slučaja? Ako DA, koliko dugo se liječio u bolnici, i u kojoj?	DA NE
7. Da li je smrt nastupila isključivo kao posljedica nesretnog slučaja?	DA NE
8. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili zbog pokušaja istog?	DA NE
9. Da li je osiguranik umro u bolnici? U kojoj?	_____
10. Da li je osiguranik bio pod uticajem alkohola ili droge?	DA NE
11. Ima li sumnje da su smrt uzrokovale treće osobe?	DA NE
12. Da li je izvršena obdukcija?	DA NE
13. Da li je o ovom smrtnom slučaju provedena istraga?	DA NE
Ako DA, koji su je organi vodili? _____	

### PODACI O KORISNIKU

1. Ime i prezime: _____	spol (zaokružite) M Ž
2. Adresa stanovanja: _____	Tel: _____
3. Datum i mjesto rođenja: _____	
4. Zanimanje: _____	
5. JMBG: _____	
6. Broj LK: _____	
7. Srodstvo sa osiguranikom _____	

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno istinito i potpuno.

Saglasan sam da SARAJEVO OSIGURANJE dd Sarajevo, ima pristup privatnim podacima koja sazna putem potpisnika ovog dokumenta. Pri tome je SARAJEVO OSIGURANJE dd dužan osigurati povjerljivost postupanja i punu zaštitu privatnih i zaštićenih podataka potpisanog osiguranika. Podaci će biti korišteni isključivo u svrhu rješavanja zahtjeva osiguranika.

U \_\_\_\_\_ dne, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis podnosioca prijave

Ugovaratelj \_\_\_\_\_

**POTVRDA**

\_\_\_\_\_  
Mtični broj UG

Potvrđujem da je zaposlenik-ca \_\_\_\_\_  
Ime i prezime, Adresa

\_\_\_\_\_  
Datum rođenja

U radnom odnosu

- na neodređeno vrijeme od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

- na određeno vrijeme od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Te da je osiguran-a po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj \_\_\_\_\_.

Potvrđujem da je u momentu dešavanja nesretnog slučaja za imenovanog plaćena premija za vrijeme od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ u iznosu od \_\_\_\_\_ KM

Isti je zaveden na platnom spisku pod brojem \_\_\_\_\_.

Za supružnika - dijete \_\_\_\_\_

Potvrđujem da je zaposlenik-ca \_\_\_\_\_

Ime i prezime,

Supružnik - dijete \_\_\_\_\_ rođen \_\_\_\_\_ osiguran od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) policom broj \_\_\_\_\_.

Premija po toj polici plaćena je za razdoblje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ u iznosu od \_\_\_\_\_ KM dne \_\_\_\_\_.

Zahtjev osiguranika po ovoj polici ne može se riješiti ako premija nije plaćena kako je ugovoreno policom i uvjetima osiguranja

Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su upisani podaci tačni, istiniti i potpuni.

M.P.

\_\_\_\_\_  
Potpis i pečat

U \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_.

**Ocjena i mišljenje liječnika cenzora poslovne jedinice:**

U \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(faksimil i potpis liječnika)