



Prijava osiguranog slučaja
PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Polisa broj		Trajanje osiguranja	od _ . _ . 201_ g. do _ . _ . 201_ g.
Destinacija zemlje putovanja	Datum ulaska u zemlju-destinaciju	Datum izlaska iz zemlje destinacije	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum nastanka osiguranog slučaja	_ . _ . 201_ god.	Vrijeme	u _ _ sati i _ _ min
Mjesto nezgode		Država	
Da li je osiguranik slučaj prijavljen asistenskoj kući ?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Datum prijave	_ . _ . 201_ g.

Ugovarač osiguranja	Ime i prezime/naziv firme:		
	Mjesto:	Ulica i broj:	
	JMBG/JIB:	Telefon:	e-mail:

Osiguranik	Ime i prezime/naziv firme:		
	Mjesto:	Ulica i broj:	
	JMBG/JIB:	Telefon:	e-mail:

Nastanak slučaja	<input type="checkbox"/> Troškovi liječenja usljed bolesti ili povrede <input type="checkbox"/> Smrtni slučaj <input type="checkbox"/> Troškovi repatrijacije		
	<input type="checkbox"/> Gubitak prtljage <input type="checkbox"/> Otkaz putovanja <input type="checkbox"/> _____		

Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja:	
Imena i adrese očevidaca slučaja	
Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
Ime i prezime doktora?	
Navedite tačnu dijagnozu bolesti ili povrede:	
Da li je osiguranik bio na bolničkom liječenju: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Naziv ustanove:	Trajanje boravka u bolnici:
_____	od _ . _ . 201_ g. do _ . _ . 201_ g.
Da li je povrijeđeni i ranije pretrpio tjelesnu povredu, kakvu i kada?	
Navedite, da li je povrijeđeni prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav ili je već ranije imao bolesti, tjelesna oštećenja i da li se liječio od istih?	



Prijava osiguranog slučaja
PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Da li je osiguranik u momentu nastanka nesretnog slučaja bio pod uticajem droga ili alkohola i koliki je bio stepen?	
Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ tu istragu vodio?	
Da li pored ovog osiguranja imate osiguranje kod druge osiguravajuće kuće i koje?	

U slučaju nastanka saobraćajne nezgode sa drugim vozilom obavezno navesti:

Vlasnik vozila	JMBG/JIB	Mjesto, ulica i broj			Telefon:	e-mail	
Podaci o vozaču	Ime i prezime		Adresa		JMBG		
Podaci o vozilu	Registarski broj		Marka		Tip	Vrsta	
Osiguravajuće društvo		Broj polise			Važi do:		
Navesti koje je vozilo odgovorno za saobraćajnu nezgodu							

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i da sam saglasan da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad zatraže na uvid sve dokaze o liječenju u medicinskim ustanovama u kojima sam izvršio liječenje.

Saglasan sam da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad kod svih nadležnih organa, ustanova, Sudu i drugim institucijama mogu zatražiti na uvid dokumentaciju vezanu za prijavu osiguranog slučaja.

Korisnik odštete: <input type="checkbox"/> Osiguranik <input type="checkbox"/> Treća osoba	
Ime i prezime:	
Naziv banke korisnika odštete:	Broj računa:
	Transakcijski broj banke:
U mjestu _____ dana _____ godine	
M.P.	
_____ (potpis)	

Potrebni dokumenti:

1. Prijava
2. Kopija polise
3. Medicinska dokumentacija
4. Original faktura plaćenih medicinskih usluga i dokaz o plaćanju
5. Potvrda nadležnih organa kod nesrećnog slučaja
6. Kopija računa banke