

Filijala:	
Prijava broj:	
Polisa broj:	
Šteta broj:	
Godina:	



Mikrofin **OSIGURANJE**

Mikrofin osiguranje a.d. Banja Luka
Aleja Svetog Save 61
78000 Banja Luka
Tel: +387 51 225 840
Fax: +387 51 225 841
www.mikrofinosiguranje.com

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

OSIGURANIK
Ime i prezime
JMB (lični broj)
Zanimanje
Adresa, telefon
Broj tekućeg računa i banka

KORISNIK OSIGURANJA U SLUČAJU SMRTI - PODNOSILAC ZAHTJEVA
Ime i prezime
Srodstvo sa Osiguranikom
JMB (lični broj)
Adresa, telefon
Broj tekućeg računa i banka

PODACI O NESREĆNOM SLUČAJU					
Datum i vrijeme nastanka osiguranog slučaja			Tačan opis događaja (mjesto i način nastanka nesrećnog slučaja, pri kakvom poslu i usljed kog uzroka koji je doveo do nastanka nesrećnog slučaja):		
dan	mjesec	godina	čas	minut	
Opis povreda nastalih usljed nesrećnog slučaja					
Da li je osiguranik imao alkohola u krvi u momentu nastanka nesrećnog slučaja?		Ako jeste, koliko?		Da li o ovom nesrećnom slučaju postoji policijski zapisnik ili je provedena istraga?	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
Imena i adrese očevidaca nesrećnog slučaja					

PODACI ZA PRIJAVU TRAJNOG INVALIDITETA					
Koja je zdravstvena ustanova pružila prvu ljekarsku pomoć?		Zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik liječen		Dom zdravlja u kome se osiguranik liječi	
Da li je osiguranik prije ovog nesrećnog slučaja imao neku povredu?		Ako jeste, kakvu i kada?		Do kog datuma je trajala privremena nesposobnost za rad	
<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				dan	mjesec
				godina	

PODACI AKO JE DO NESREĆNOG SLUČAJA DOŠLO U SAOBRAĆAJNOJ NEZGODI:

PODACI IZ VOZAČKE DOZVOLE OSIGURANIKA ILI VOZAČA
Ime i prezime
Broj vozačke dozvole
Kategorija
Datum izdavanja i rok važenja
Vozačku dozvolu izdao MUP

PODACI IZ SAOBRAĆAJNE DOZVOLE VOZILA
Broj dozvole
Rok važenja
Podaci o ostalim vozačima koji su učestvovali u ovoj saobraćajnoj nezgodi

Kao nosilac ličnih podataka, izjavljujem da sam saglasan/a da Osiguravajuće društvo Mikrofin osiguranje a.d. Banja Luka, kao kontrolor ličnih podataka, može u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva obrađivati moje lične podatke, koji me identifikuju ili iz kojih se može utvrditi moj identitet, naročito ime i prezime, JMBG, adresu stanovanja, broj telefona, e-mail adresu, kopiju lične karte, vozačke dozvole i bankovnog računa. Takođe, izričitu saglasnost dajem navedenom kontroloru za korištenje posebne kategorije ličnih podataka, naročito podatke o zdravstvenom stanju, zaposlenju, porijeklu, državljanstvu, a u skladu sa odredbama Zakona o zaštiti ličnih podataka. Kao nosilac ličnih podataka, dajem ovlaštenje kontroloru za prikupljanje dodatnih podataka potrebnih za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva (od MUP-a, IDDEA, nadležnih zdravstvenih ustanova itd.). Saglasan sam da se gore navedeni, moji lični podaci mogu dostavljati neophodnim subjektima uključenim u obradu odštetnog zahtjeva, a temeljem zakonske regulative, međunarodnih propisa i ugovornih odnosa i Birou zelene karte BIH, Agenciji za osiguranje RS i Agenciji za nadzor osiguranja FBiH, partnerskim kućama prilikom osiguravajućeg pokriva u inostranstvu (CORIS), ovlaštenim vještacima i cenzorima, osiguravajućim društvima, informatičkim firmama sa kojima kontrolor ima zaključen ugovor, društvima za vršenje obaveznih revizija, poslovnim subjektima koji pružaju usluge arhive, pravnim ili fizičkim licima u svrhu ustupanja potraživanja, a sve u skladu sa odredbama Zakona o zaštiti ličnih podataka. Navedena saglasnost se daje samo i isključivo za obradu odštetnog zahtjeva i za vremenski period koliko je neophodno i osnovano za ispunjenje svrhe za koju su dati i ispunjenje zakonskih i regulatornih obaveza, ili dok nosilac ličnih podataka ne povuče datu saglasnost pisanim putem.

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno, istinito i potpuno. Ovim ovlašćujem ljekare koji me liječe ili koji su me ranije liječili, odnosno ljekare koji su liječili osiguravnika, da mogu pružiti sva obavještenja u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem koje predstavnici Mikrofin osiguranje a.d. od njih budu tražili.

Mjesto

Datum

Potpis Osiguranika ili korisnika osiguranja

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA ZA PRIJAVLJENU ŠTETU PO OSNOVU KOLEKTIVNOG OSIGURANJA RADNIKA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (nezgode)

Ugovarač osiguranja	
Adresa	Matični broj
Ovim potvrđujemo da je _____ član našeg kolektiva neprekidno od _____.	

Mjesto

Datum

Pečat i potpis ovlašćenog lica

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA (škola, fakultet) ZA PRIJAVLJENU ŠTETU PO OSNOVU OSIGURANJA UČENIKA I STUDENATA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (nezgode)

Ugovarač osiguranja (škola/fakultet)	
Adresa	Matični broj
Ovim potvrđujemo da je _____ upisan(a) u listu broj _____ pod rednim brojem _____ upisan(a) učenik(ca) / student _____ razred / semestra ove škole / fakulteta. Usljed nesrećnog slučaja koju je pretrpeo(la) nije pohađao(la) školu / fakultet u periodu od _____ do _____.	

Mjesto

Datum

Pečat i potpis ovlašćenog lica