



ŠTETA BR.

POLICA BR.

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Svi podaci koji se prikupe temeljem ovog obrasca prijave štete, koristiti će se u svrhu ispunjenja pravnih (zakonskih) obveza osiguratelja.

OSIGURANIK - ime i prezime		
OIB	<input type="text"/>	
Zanimanje		
Adresa (pošt. broj, mjesto, ulica i kbr.)		
Telefon, e-mail		
PODACI O NESRETNOM SLUČAJU		
Datum i sat nesretnog slučaja		
Opis događaja - mjesto, na koji način, pri kakvoj djelatnosti, iz kojih uzroka		
Posljedice nesretnog slučaja		
Je li osig. prije nesretnog slučaja uživao drogu ili alkohol - kakav i u kojoj mjeri?		
Gdje se osiguranik liječio odmah poslije nesretnog slučaja - navesti bolnicu, ambulantu, liječnika		
Gdje se osiguranik sada liječi - navesti bolnicu, ambulantu, liječnika		
Imena, prezimena i adrese očevidaca nesretnog slučaja		
Da li se o ovom nesretnom slučaju vodila istraga? Ako da koji su je organi vodili?		
Da li je osig. prije ovog nesretnog slučaja bolovao od kakve teže bolesti, imao kakvu tjelesnu manu ili nedostatak ili pretrpio tjelesnu ozljedu? Ako da, navesti: bolest, manu, nedostatak ili ozljedu		
Da li osiguranik ima osiguranje od posljedica nesretnog slučaja i kod drugog osiguravatelja? Ako da - navedite njegov naziv i broj police!		
KORISNIK - ime i prezime		
OIB	<input type="text"/>	
IBAN	<input type="text"/>	
Država porezne obveze* (navesti sve) ☐ HR ☐ Ostalo:	Porezni identifikacijski broj (ako država nije HR)	
*u slučaju promjene države porezne obveze, ugovaratelj osiguranja je dužan obavijestiti osiguravatelja		
Izvor sredstava plaćanja premije	☐ Plaća ili mirovina ☐ Štednja ☐ Nasljedstvo ☐ Ostalo:	
Namjena isplate osigurane svote		

Obrazac pošaljite na mail: likvi-os@wiener.hr ili odnesite u najbližu poslovnicu

Jeste li politički izložena osoba, član uže obitelji politički izložene osobe (bračni, izvanbračni drug ili ekvivalent, roditelj, dijete) ili imate bliske poslovne odnose (blizak ste suradnik) s politički izloženom osobom?

☐

DA

☐

NE

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji me liječe kao i one koji su me ranije liječili da mogu pružiti sva izvješća koja osiguravatelj u svezi s prijavljenim nesretnim slučajem bude od njih tražio.

U

Potpis podnositelja prijave:

POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Naziv

Adresa (pošt. broj, mjesto, ulica i kbr.)

Telefon

ZA DJELATNIKA, UČENIKA, STUDENTA

Potvrđujemo da je zaposlen od
(IME, PREZIME I DATUM ROĐENJA - ZA DJELATNIKE; ZA UČENIKA - RAZRED)

osiguran policom broj i da je premija u iznosu od

za razdoblje od do (u kojem je nastao prijavljeni slučaj)

plaćena dne god.

U

PEČAT I POTPIS ODGOVORNE OSOBE

ZA ČLANA OBITELJI

Potvrđujemo da je od našeg djelatnika
(IME, PREZIME)

član obitelji
(IME, PREZIME I DATUM ROĐENJA)

osiguran policom broj i da je premija u iznosu od

za razdoblje od do plaćena dne god.

U

PEČAT I POTPIS ODGOVORNE OSOBE

ZA ČLANA KLUBA - DRUŠTVA

Potvrđujemo da je o
(IME, PREZIME I DATUM ROĐENJA)

član osiguran policom broj i da je premija
KLUBA - DRUŠTVA

u iznosu od za razdoblje od do

plaćena dne god.

U

PEČAT I POTPIS ODGOVORNE OSOBE