



**КОМПАНИЈА
ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ а.д.о.**

ГЛАВНА ФИЛИЈАЛА _____
Организациони део _____

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	а) _____ б) _____ в) _____ г) _____ д) _____
3. Датум дешавања осигураног случаја	дана 20..... 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 регинострован члан неке спортске организације, ако јесте које	
13. Број текућег рачуна осигураника/корисника	

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 _____ 20____.год.

_____ осигураник – корисник 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–неодређено, _____
по занимању _____
и 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 _____,
полиса број _____ издате дана _____.

У _____, _____ .год. _____
(печат и потпис овлашћеног лица)