



BRČKO GAS
OSIGURANJE
Tel: 049/220-000, Fax: 049/216-654
76100 BRČKO, Banjaluka 8

“NEZGODA”

Polisa br. _____

Šteta br. _____

Filijala _____

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Ugovarač _____

PREDUZEĆE

Osiguranik	
1. a) Prezime, ime, očevo ime osiguranika b) Tačna adresa i broj pošte c) Zanimanje d) Datum i mjesto rođenja	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
2. Mjesto i datum dešavanja nesretnog slučaja	_____ 20__ u časova _____
3. Opis kako je do nesretnog slučaja došlo - pri kakvom poslu - iz koga uzroka i koje povrede je prouzrokovano	_____ _____ _____
4. Dijagnoza o povredi iz zdravstvenog kartona	_____ _____
5. Imena i adrese očevidaca nesretnog slučaja	_____ _____
6. Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	_____
7. Kod koje zdravstvene ustanove se sada liječi?	_____
8. U kojoj ambulanti se nalazi zdravstveni karton osiguranika?	_____
9. a) Da li je povrijeđen i ranije pretrpio kakvu tjelesnu povredu, kakvu i kada? b) Da li je ta ranija povreda imala posljedicu trajni invaliditet i u kom stepenu? c) Da li je povrijeđen prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav ili je već ranije djelimično bio nesposoban za rad? d) Usljed čega: da li usljed bolesti, tjelesne mane ili tjelesnog nedostatka, i u kom stepenu? e) Ako je već imao kakvu tjelesnu manu ili nedostatak, navesti u čemu se sastojala?	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
10. Da li je osiguranik u momentu nastanka nesretnog slučaja bio pod uticajem alkohola? i koliki je stepen alkoholisanosti?	_____
11. Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ tu istragu vršio?	_____
12. Da li i pored ovog osiguranja imate osiguranje kod druge osiguravajuće firme i koje?	_____

U _____ 20__ god.

Korisnik osiguranja

M.P.

(potpis ugovarača)

ZA OBAVEZE PO KOLEKTIVNIM OSIGURANJIMA

Obavezno popunjava i ovjerava preduzeće:

Ovim potvrđujem da je povrijeđeni radnik-ca _____
zaposlen-a u ovom Preduzeću neprekidno od _____
te da je osiguran od posljedica nesretnog slučaja, kolektivnim osiguranjem kod _____
filijala _____
polisom broj _____ izdata dana _____ 20 ____ godine.

Ukoliko se premija osiguranja podmiruje iz PLATA radnika

Potvrđujemo, da je u momentu dešavanja nesretnog slučaja za imenovanog plaćena premija za mjesec u kome
se povrijedio tj. za vrijeme od _____ 20 ____ do _____ 20 ____ godine.
u iznosu od KM _____ i zaveden u platnom spisku pod brojem _____

Ukoliko se premija osiguranja podmiruje iz sredstava PREDUZEĆA

Potvrđujemo da je iznos mjesečne, godišnje premije za _____ radnika u iznosu od _____ KM
izmiren dana _____ 20 ____ godine a za period od _____ 20 ____ do _____ 20 ____ god.

U _____ dana _____ 20 ____ g.

Potpis i pečat

Ovjera podataka za slučaj smrti

Ovim potvrđujem da je radnik _____ iz _____
bio u radnom odnosu kod ovog preduzeća od dana _____
20 ____ do dana _____ 20 ____ godine/

Ujedno ovjeravamo da neposredno pred smrt imenovani ni - je bio na bolovanju za perio od dana
_____ 20 ____ do dana _____ 20 ____ i da je za umrlog plaćena premija kolektivnog osiguranja i za
vrijeme bolovanja.

U _____ dana _____ 20 ____ g.

Potpis i pečat
