

**КОМПАНИЈА ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ а.д.о.**

Дирекција за животна осигурања

БРОЈ ПОЛИСЕ

ПРИЈАВА НЕСРЕЋНОГ СЛУЧАЈА

УГОВАРАЧ	Име и презиме/Назив	<input type="text"/>											
		ЈМБГ/МБ											
ОСИГУРАНИК	Име и презиме	<input type="text"/>											
		ЈМБГ											
	Број личног документа и место издавања	<input type="text"/>					Телефон	<input type="text"/>					
	Место становања и поштански број	<input type="text"/>					Послови које обавља						
	Адреса становања												
ПОДАЦИ О НЕСРЕЋНОМ СЛУЧАЈУ	Датум настанка	<input type="text"/>					Време настанка	<input type="text"/>					
	Место настанка												
	Тачан опис несрећног случаја (где је настао, услед чега)												
	Опис настале повреде												
	Име и презиме очевидаца												
	Адреса очевидаца												
	Да ли је извршен увиђај или вођена истрага	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ДА	НЕ	Надлежни орган који је извршио увиђај/истрагу				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
	Здравствена установа која је пружила прву лекарску помоћ						Датум пријема						
	Здравствена установа у којој је лечен осигураник												
ОСТАЛИ ПОДАЦИ	Да ли је осигураник пре ове повреде имао повреду или био болестан	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ДА	НЕ	Опис претходне повреде/болести				
	Да ли је осигураник регистрован члан неке спортске организације	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					ДА	НЕ	Назив спортске организације				

ДОКУМЕНТА ПРИЛОЖЕНА УЗ ПРИЈАВУ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Фотокопија личног документа/очитана лична карта | <input type="checkbox"/> Доказ о околностима насталог несрећног случаја: |
| <input type="checkbox"/> Фотокопија картице динарског рачуна (за динарска осигурања) | <input type="checkbox"/> Записник МУП |
| <input type="checkbox"/> Фотокопија картице девизног рачуна у IBAN формату (за дев. осиг.) | <input type="checkbox"/> Изјаве сведока |
| <input type="checkbox"/> Медицинска документација у вези насталог несрећног случаја | <input type="checkbox"/> Пријава о повреди на раду |
| <input type="checkbox"/> Остало | |

Напомена

- Обележити поља испред документа који је достављен
- Полуњену и потписану Пријаву заједно са наведеном документацијом доставите најближој филијали Компаније „Дунав осигурање“, или слањем препоручене поштом на адресу Компанија „Дунав осигурање“ а.д.о., Дирекција за животна осигурања, Сектор за штете, улица Коларчева бр. 7/VI, 11 000 Београд
- Осигуравач задржава право да захтева и додатну документацију у циљу утврђивања обавезе

ИЗЈАВА

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.

Место и датум

Потпис осигураника

Примио Пријаву уз наведену документацију:

Место и датум

За Дирекцију за животна осигурања-име, презиме и потпис

ОБ-053