



POLICA BR.

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Svi podaci koji se obrađuju temeljem ove Ponude/Police o ugovaratelju osiguranja, osiguraniku i korisniku osiguranja nužni su za sklapanje i izvršenje ugovora, a određeni podaci obrađuju se u svrhu ispunjenja pravnih (zakonskih) obveza osiguratelja.

PODNOŠITELJ	
Ime i prezime / Naziv poslovnog subjekta <small>(puni naziv iz registra)</small>	
	OIB
Adresa prebivališta <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto)</small>	
Adresa za kontakt <small>(ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto)</small>	
PRIJAVA (zaokružiti):	
1. Trajni invaliditet kao posljedica nesretnog slučaja	
2. Dnevna naknada za boravak u bolnici kao posljedica nesretnog slučaja	
3. Prijelom kostiju kao posljedica nesretnog slučaja	
4. Nastup teško bolesnih stanja uslijed nesretnog slučaja	
5. _____	
PODACI O NESRETNOM SLUČAJU OSIGURANIKA	
Datum i sat nesretnog slučaja	
Opis događaja - mjesto, na koji način, pri kakvoj djelatnosti, iz kojih uzroka	
Posljedice nesretnog slučaja	
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 osiguranik 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 je osiguranik prije ovog nesretnog slučaja bio sposoban za rad? Ako ne, zbog čega?	
PODACI ZA PRIJAVU DNEVNE NAKNADE ZA BORAVAK U BOLNICI KAO POSLJEDICE NESRETNOG SLUČAJA	
Razdoblje boravka u bolnici / Broj noći provedenih u bolnici zbog liječenja ozljeda nastalih uslijed nesretnog slučaja	

Potpis korisnika ili osobe ovlaštene za zastupanje korisnika
(obavezan na svakoj stranici)

Stranica 1 od 3

PODACI ZA PRIJAVU NASTUPA TEŠKO BOLESNIH STANJA USLIJED NESRETNOG SLUČAJA													
Teško bolesno stanje koje je nastupilo (zaokružiti):													
1. Teške opekline	3. Gluhoća	5. Transplantacija vitalnih organa	7. Gubitak udova										
2. Sljepoća	4. Koma	6. Paraliza											
PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA / OSIGURANIKU													
Ime i prezime													
Datum rođenja										OIB			
Zanimanje													
Adresa prebivališta (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto)													
Adresa za kontakt (ulica i kućni broj, poštanski broj, mjesto)													
Kontakt telefon						E-mail							
IZJAVA O POREZNOJ REZIDENTNOSTI KORISNIKA OSIGURANJA													
Izdavatelj, država izdavanja i broj osobne iskaznice ili putovnice:													
Državljanstvo (navesti sva)										<input type="checkbox"/> HR	<input type="checkbox"/> Ostalo:		
Država rođenja SAD										<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE		
Država porezne obveze i porezni ID broj (ako država nije RH):													
Suglasan sam i obvezujem se bez odgađanja obavijestiti Društvo o svakoj promjeni okolnosti koja bi upućivala na moju povezanost sa SAD-om (primjerice stjecanje državljanstva SAD-a, zelene karte, adrese u SAD-u, telefonskom broju iz SAD-a i sl.).													
Molimo popuniti gore navedene podatke ako ih ranije niste dostavili ili je došlo do promjene istih i imate policu sa štednom komponentom.													
IZJAVA UGOVARATELJA OSIGURANJA O IZVORU SREDSTAVA PLAĆANJA PREMIJE													
Izvor sredstava plaćanja premije										<input type="checkbox"/> Plaća ili mirovina	<input type="checkbox"/> Štednja	<input type="checkbox"/> Nasljedstvo	<input type="checkbox"/> Ostalo:
Namjena isplate													
PODACI ZA ISPLATU NAKNADE													
Naziv banke													
IBAN broj										H	R		
Model						Poziv na broj odobrenja							
Ime i prezime vlasnika računa										OIB			
IZJAVA O POLITIČKOJ IZLOŽENOSTI KORISNIKA													
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?										<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE		
U slučaju zaokruženog odgovora da, potrebno je dostaviti i popunjeni Upitnik za politički izložene osobe.													
Osiguravajuće društvo je dužno, sukladno važećem <i>Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma</i> , primijeniti odgovarajući postupak kojim se utvrđuje je li stranka politički izložena osoba. Politički izložena osoba je svaka fizička osoba koja djeluje ili je u proteklih najmanje 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti u državi članici EU ili trećoj državi, uključujući i članove njezine uže obitelji i osobe za koje je poznato da su bliski suradnici politički izložene osobe. Fizičke osobe koje djeluju ili su djelovale na istaknutoj javnoj dužnosti su: predsjednici država, predsjednici vlada, ministri i njihovi zamjenici odnosno državni tajnici te pomoćnici ministara, izabrani članovi zakonodavnih tijela, članovi upravnih tijela političkih stranaka, suci vrhovnih ili ustavnih sudova ili drugi visoki pravosudni dužnosnici protiv čijih odluka, osim u iznimnim slučajevima, nije moguće koristiti pravne lijekove, suci revizorskih sudova, članovi savjeta središnjih banaka, veleposlanici, otpravnici poslova i visoki časnici oružanih snaga, članovi upravnih i nadzornih odbora pravnih osoba koje su u vlasništvu ili većinskom vlasništvu države, direktori, zamjenici direktora, članovi odbora i osobe koje obavljaju jednakovrijedne funkcije u međunarodnoj organizaciji. Članovi obitelji politički izložene osobe jesu: bračni drug ili osoba s kojom je politički izložena osoba u izvanbračnoj zajednici, djeca i njihovi bračni drugovi ili osobe s kojima su djeca politički izložene osobe u izvanbračnoj zajednici ili roditelji politički izložene osobe. Bliski suradnik politički izložene osobe jest svaka fizička osoba za koju je poznato da ima zajedničko stvarno vlasništvo nad pravnom osobom ili pravnim uređenjem ili bilo koje druge bliske poslovne odnose s politički izloženom osobom ili koja je jedini stvarni vlasnik pravne osobe ili pravnoga uređenja za koje je poznato da su osnovani za dobrobit politički izložene osobe.													

Potpis korisnika ili osobe ovlaštene za zastupanje korisnika
(obavezan na svakoj stranici)

Stranica 2 od 3

IZJAVA	
Svojim potpisom potvrđujem da sam dao istinite i točne podatke u ovom zahtjevu.	
Mjesto i datum	Potpis korisnika ili osobe ovlaštene za zastupanje korisnika
Ime i prezime / Naziv distributera	

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE
<p><input type="checkbox"/> medicinska dokumentacija o liječenju</p> <p><input type="checkbox"/> dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik o uviđaju, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)</p> <p><input type="checkbox"/> u slučaju nastanka nesretnog slučaja prilikom upravljanja prometnim sredstvom za koje je potrebna dozvola, presliku vozačke dozvole</p> <p><input type="checkbox"/> izjava svjedoka</p> <p><input type="checkbox"/> obostrana preslika identifikacijske isprave (osobne iskaznice ili putovnice) osiguranika</p> <p><input type="checkbox"/> obostrana preslika identifikacijske isprave (osobne iskaznice ili putovnice) vlasnika računa</p> <p><input type="checkbox"/> preslika kartice transakcijskog računa na koji se traži isplata. Zbog zaštite osobnih podataka, dostavljena preslika kartice transakcijskog računa treba biti isključivo bez vidljivog CVC koda. Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. neće odgovarati za eventualno pretrpljene štete i zlouporabu podataka koji su dostavljeni suprotno ovoj uputi</p> <p>U svrhu utvrđivanja prava na isplatu i visinu isplate, osiguratelj zadržava pravo tražiti dodatnu dokumentaciju.</p>