

Broj štete _____ Protokol _____ Datum protokola _____

PRIJAVA I ODŠTETNI ZAHTEJ ZA ŠTETU OD OSIGURANJA ZAŠTITE BONUSA (tarifna grupa 16.99)

Poslovna jedinica _____

Broj police _____

Period osiguranja _____

PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime / Naziv tvrtke: _____

JMBG/ID broj

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Zanimanje _____

PODACI O VOZILU

Vrsta vozila: _____ Vrsta goriva _____

Marka, tip i kom.ozn.: _____ Snaga (Kw) _____

Registarske oznake: _____ Zapremina (ccm) _____

Broj šasijske: _____ Godina proizvodnje _____

PODACI O VOZILU

Dan i sat nezgode: _____

Mjesto štete (ulica i mjesto) _____

Broj oštećenih iz ove prometne nezgode _____

PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

Isplatu izvršiti: Oštećeniku Korisniku Opunomoćeniku

Vlasnik računa (ime i prezime / naziv tvrtke): _____

Naziv banke oštećenika/opunomoćenika _____

Lični račun u banci/Transakcijski račun Transakcijski broj banke IBAN _____ SWIFT

NA KOJI NAČIN ŽELITE DA VRŠITE KOMUNIKACIJU SA ASA CENTRAL OSIGURANJEM TOKOM OBRADJE ZAHTEJEVA?

 Telefon - sms poruka E-mail Pošta Drugi način _____

Pod punom moralnom, materijalnom i krivilnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. da se obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i ispravnosti odgovora može obratiti svim zdravstvenim ustanovama, a ove ljekare ovlašćujem da mogu dati tražena obavještenja bez moje posebne saglasnosti. Također izjavljujem/o i da su svi podaci o primatelju odštete i bankonom računu na koji će se izvršiti uplata tačni i istiniti.

Saglasan/na sam da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo vrši obradu mojih ličnih podataka (ime i prezime, adresa stanovanja, telefonski broj, e-mail, JMBG, kopija lične karte i bankovnog računa) u skladu sa pozitivnim pravnim aktima uz ovlaštenje za prikupljanje dodatnih podataka potrebnih za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva (od: MUP, IDDEA, U slučaju potrebe Obavijest o odustanku od date saglasnosti i ovlaštenja ću dostaviti pismenim putem.

Kao nosilac ličnih podataka, izjavljujem da želim da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo predam na uvid lične dokumente iz kojih su vidljivi moji lični podaci, odnosno izjavljujem da želim da predam kopije ličnih dokumenata i da sam saglasan/a da se u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva mogu obrađivati moji lični podaci, koji me identifikuju ili iz kojih se može utvrditi moj identitet, a posebno se moja izričita saglasnost odnosi na lične podatke o zdravstvenom stanju, te da se isti, zajedno sa medicinskom dokumentacijom mogu dostavljati i ostalim subjektima uključanim u obradu odštetnog zahtjeva u Bosni i Hercegovini i inostranstvu.

Navedenu saglasnost dajem za vremenski period do okončanja obrade odštetnog zahtjeva.

Mjesto i datum prijave

Podnositelj
Potpis/ovlaštena osoba i pečat