

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja kako biste nam omogućili
brže rješavanje Vašeg zahtjeva.
Molimo Vas da uz formular dostavite dostupnu medicinsku dokumentaciju.



ZAHTJEV ZA NAKNADU NEMATERIJALNE ŠTETE (AO)

Podaci o povrijeđenom licu				
Ime i prezime				
JMBG				
Adresa prebivališta I kontakt telefon				
<u>Saglasnost za elektronsku komunikaciju</u> Dajem saglasnost za elektronsku komunikaciju. Odluke osiguravača će biti dostavljene isključivo elektronskim putem. O svakoj izmjeni komunikacije putem elektronske pošte se mora bez odlaganja obavijestiti osiguravač.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	e-mail: _____		
Podaci o štetniku – uzročniku štete				
Ime i prezime štetnika				
Marka, tip i registarske oznake vozila štetnika				
Podaci o nezgodi				
Datum, vrijeme i mjesto nezgode				
Uloga povrijeđenog lica u nezgodi	Vozač	Suvozač	Treće lice	Pješak
Ime i prezime vozača vozila				
Marka, tip i registarske oznake vozila				
Opis nastanka nezgode i obima oštećenja				
Da li je nezgoda prijavljena nadležnoj policijskoj upravi? Ukoliko jeste, kojoj?	DA NE PU: _____ <input type="checkbox"/> Povodom saobraćajne nezgode popunjen je obrazac europskog izvještaja o nezgodi.			
Svojevoljno i pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da su sve gore navedene informacije istinite i potpune, te da ću snositi sve zakonske posljedice u slučaju neistinitih i/ili nepotpunih informacija. Upoznat sam sa pravom GRAWE osiguranja na naplatu regresnih potraživanja prema trećim licima odgovornim za nastanak štetnog događaja.				
PUNOMOĆ		TRANSAKCIJSKI RAČUN OŠTEĆENOG LICA:		
Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje akata sudskih, izvršnih, te drugih organa vlasti, relevantnih za obradu ovoga zahtjeva.		Banka:		
Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje medicinske dokumentacije, te pribavljanje kopija iste u svrhu obrade ovoga zahtjeva.		Broj računa:		
UZ ZAHTJEV PRILAŽEM:				
Datum i mjesto podnošenja prijave			<input type="checkbox"/> Policijski zapisnik o uviđaju <input type="checkbox"/> Europski izvještaj	
Potpis podnosioca prijave			<input type="checkbox"/> Medicinsku dokumentaciju <input type="checkbox"/> Račune troškova liječenja	
Potpis ovlaštenog primaoca prijave			<input type="checkbox"/> Drugo:	
Datum dospijeca u Odjel šteta			<input type="checkbox"/> Drugo:	