

Schadenanzeige/Heilkosten

Polizzenummerr/ Broj police:

Prijava osiguranog slučaja

Schadennummer/ Broj štete:

1. Angaben zur betroffenen Person/ Podaci o osiguranjoj osobi

| | |
|--|---|
| Name und Vorname / Ime i prezime | |
| Straße/ Ulica | |
| Postleitzahl; Ort / Poštanski broj; Mjesto | |
| Geburtsdatum/ Datum rođenja (dd/mm/yy) | Telefonnummer/ Broj telefona |
| E-Mail Adresse/ E-mail adresa: | |
| Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung/ Posjedujete li Kreditnu karticu sa uključenim PZO? <input type="checkbox"/> Ja/ Da <input type="checkbox"/> nein/ Ne | Welches Institut/ Koji institut? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> andere _____ |

2. Angaben zu Erkrankung/ Podaci o osiguranom slučaju

| | |
|---|--|
| Reisedatum/ Datum putovanja (dd/mm/yy) | |
| Adresse zur Zeit der Erkrankung/ Adresa u vrijeme oboljenja | |
| Bestanden bei Reiseantritt Krankheiten? Wenn ja, welche? Da li su postojale bolesti na dan odlaska na put? Ako da, koje? | |
| Datum, Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der Krankheit, zu welcher Kosten geltend gemacht werden ? Datum kada ste primjetili prve simptome bolesti za koju se traži naknada? | |
| Unter welchen Beschwerden litten Sie? Art der Erkrankung: Kakve tegobe ste imali? Vrsta oboljenja? | |

3. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an/ Primalac naknade

| |
|---|
| Kontoinhaber/Vlasnik računa |
| Adresse des Kontoinhabers/ Adresa vlasnika računa; Kontakt telefon |
| NAPOMENA: Molimo Vas da dostavite instrukcije Banke za uplatu novčanih sredstava iz inostranstva (IBAN i SWIFT Code) |

4. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir/ Za obradu molim da nam dostavite

| | |
|---|----------------------|
| Versicherungsnachweis/ Policu osiguranja | |
| Kopiju pasoša (stranica sa slikom i stranica sa pečatom izlaska iz BiH) | |
| Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung) / Originalne račune za lijekove, posjete doktorima (uz opis bolesti i vrstu pregleda). Ukoliko ukupni iznos plaćenih računa prelazi visinu od 200,00 EUR neophodno je priložiti uz prijavu originalne račune. | |
| Bitte legen Sie bei mehreren Rechnungen eine genaue Kostenaufstellung bei (Währung/Betrag) / Ako imate više računa, molimo Vas da priložite specifikaciju ukupnih troškova (iznos i valuta) | |
| Punomoć | |
| Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje medicinske dokumentacije, te pribavljanje kopija iste u svrhu obrade ovoga zahtjeva. | |
| Ort, Datum/ Mjesto, datum | Unterschrift/ Potpis |