

Poslovnica:	
Broj police:	
Razdoblje osiguranja:	



## Prijava štete:

### Dragovoljno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime:	
Adresa:	
JMBG:	
Kontakt (tel., fax, e-mail):	
Naknadu isplatite na moj tekući račun (broj računa i naziv banke):	
Kojom ste svrhom krenuli na put?	
Navedite kada ste krenuli na put?	
Navedite kada ste se vratili s puta?	

PODACI O DOGAĐAJU	
Datum nastanka nesretnog slučaja, odnosno bolesti:	
Mjesto nastanka nesretnog slučaja (grad, država...):	
Ako se radi o bolesti, navedite dijagnozu:	
Ako se radi o nesretnom slučaju, opišite događaj (na koji način se dogodio nesretni slučaj, iz kojih razloga, pri kakvoj djelatnosti...):	
Ime i prezime svjedoka događaja:	Adresa:
Ako je nesretni slučaj nastao u prometu navedite reg.oznake vozila:	
Ako ste bili vozač, predočite prometnu i vozačku dozvolu ili potvrdu o poznavanju propisa, zapisnik o alko-testiranju, Europsko izvješće o nezgodi ili Policijski zapisnik (ukoliko posjedujete).	
Je li se o ovom nesretnom slučaju vodila istraga?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako jeste, navesti koji organ je vodio istragu:
Jeste li prije nesretnog slučaja uživali drogu, alkohol i sl.?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako jeste, navesti što i u kojoj mjeri:

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA	
Jeste li imali neku od kroničnih bolesti, bolesti ponavljajućeg karaktera, stresno-psihičke poremećaje, kao i sve bolesti koje su već dijagnosticirane i liječene prije sklapanja ovog osiguranja?	
Ako jeste, navedite kada i koju bolest?	
Jeste li imali neku bolest, pojavu ili invaliditet, koji nisu spomenuti u prethodnom upitu?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako Da, navesti koju i u kojem periodu?
Jeste li operirani?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da, radi čega, kada i gdje?
Jeste li u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozlijeđeni?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako Da, priložite medicinsku dokumentaciju.
Jeste li liječeni?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako Da, radi čega i kada?
Gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu?	

PODACI O LIJEČENJU POSLIJE NESRETNOG SLUČAJA		
Jeste li odmah prijavili liječniku, odnosno pozvali liječnika radi pregleda i pružanja pomoći?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Ako Ne, navesti zašto:
Naziv ambulante-bolnice gdje se vršio prvi pregled:		
Primitak u bolnicu (datum, vrijeme):		
Izlazak iz bolnice (datum, vrijeme):		
Jeste li operirani:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Ako Da, navesti zbog čega:
Gdje se sada liječite i kod kojeg liječnika u svezi nesretnog slučaja, odnosno bolesti?		

OSTALI PODACI	
Kada ste od početka bolesti ili nezgode obavijestili osiguratelja ili njegovog predstavnika (CORIS) telefaksom, telefonom ili pismom?	
Kakav ste dogovor dobili (navesti datum, vrijeme, od koga i sl.)?	
Ukoliko niste dobili odgovor, navedite razlog?	
Jeste li troškove plaćali gotovinom, u kojoj valuti, gdje i u kojem iznosu?	

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da je na sva pitanja odgovoreno istinito i potpuno te da liječnici koji su me liječili prije i poslije nesretnog slučaja mogu dati sve podatke osiguratelju o mojem zdravstvenom stanju zbog utvrđivanja osiguravateljne obveze.

**OBAVEZNO UZ PRIJAVU PRILOŽITI:**

- Policu osiguranja
- Originalne račune za refundaciju
- Otpusno pismo i ostalu dokumentaciju do dana ove prijave
- Putni nalog - ako je bilo poslovno putovanje
- Presliku osobne iskaznice
- Broj računa i naziv banke na koju će se izvršiti eventualna isplata

Za Croatia osiguranje d.d.:

Mjesto i datum prijave:

Podnositelj zahtjeva:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_