

Poslovnica:	
Datum:	
Broj police:	



**CROATIA[®]
OSIGURANJE**

PRIJAVA O NESRETNOM SLUČAJU U OŽ

MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA PITANJA

PODACI O OSIGURANIKU			
Ime i prezime osiguranika:		Datum i mjesto rođenja:	
Adresa stanovanja:		Telefon/mobitel:	
Datum i mjesto rođenja:		Zanimanje:	
Poduzeće ili sl. u kojem ste zaposleni-osigurani:		JMBG:	

PODACI O DOGAĐAJU
1. Datum i sat kada se dogodio nesretni slučaj?
2. U kojem mjestu, ulici se dogodio nesretni slučaj?
3. Posao koji ste obavljali u trenutku nesretnog slučaja?
4. Potpuno opišite događaj. Što je uzrok nastanka nesretnog slučaja, pri kakvoj djelatnosti i na koji način se dogodio nesretni slučaj?
5. Ako je nezgoda nastala u prometu, navedite registarske oznake vozila. Ako ste bili vozač, navedite broj i datum izdavanja, broj, kategoriju i rok važenja vozačke dozvole ili potvrdu o poznavanju prometnih znakova.
6. Jeste li neposredno prije nesretnog slučaja uživali drogu ili alkohol, kakav i u kojoj mjeri?
7. Je li se o nezgodi vodila istraga, vršen očevid, kazneni ili drugi postupak? Ako DA, navedite koji organi su to vodili.
8. Imate li još polica osiguranja od posljedica nesretnog slučaja ili osiguranja života? Navedite osiguratelja i broj police-a:
9. Jeste li prijavili ovaj nesretni slučaj i kao za ozljedu na radu, autoodgovornost, osiguranje iz djelatnosti? Navedite gdje se zahtjev vodi:

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA
1. Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bolovali od: degenerativnih bolesti zglobovo-koštanog sustava, šećerne bolesti, centralnog i perifernog nervnog sustava, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilnog sustava, kronične plućne bolesti ili druge navedene bolesti? Ako DA, kada i od kojih bolesti?
2. Jeste li prije ovog nesretnog slučaja imali tjelesnu manu ili tjelesnu ozljedu s trajnim posljedicama? Ako DA, kakvu?
3. Je li Vam ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti? Kada, koliko i zašto?
4. Jeste li u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozljeđeni? Jeste li se liječili u bolnici? Ako DA, opišite gdje ste se liječili i zašto ili priložite medicinsku dokumentaciju:
5. Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bili zdravi i radno sposobni? Ako NISTE, zbog čega?
6. Vaša visina cm, tjelesna težina kg.

PODACI O LIJEČENJU POSLIJE NESRETNOG SLUČAJA

1. Jeste li se odmah prijavili liječniku, odnosno pozvali liječnika radi pregleda i pružanja pomoći? DA NE
Ako NE, zašto?
2. Naziv bolnice u kojoj ste se zadnji put liječili:
3. Primitak u bolnicu: dan, sat, ; izlazak iz bolnice: dan, sat
4. Ako niste bili u bolnici, gdje ste se liječili:
5. Opis ozljeda:
6. Gdje se sada liječite i kod kojeg liječnika?
7. Na bolovanju zbog ovog nesretnog slučaja bio/la sam od do
8. Jeste li se držali liječničkih savjeta i uputa u pogledu liječenja? DA NE
Ako NE, zašto?
9. Ambulanta, te ime i prezime odabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite (gdje se vodi bolovanje):

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio 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 osigurateljne obveze.

Mjesto i datum:

Čitljivo ime i prezime podnositelja prijave:

Potpis odgovorne osobe:

POPUNJAVA UGOVARATELJ-POSLODAVAC

Ugovaratelj: Matični broj:

Potvrđujem da je zaposlenik-ca (Ime i prezime):
datum rođenja broj kadrovske evidencije u radnom odnosu:
- na neodređeno vrijeme od do

- na određeno vrijeme od do

te da je osiguran-a po polici osiguranja života i dopunskog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj:

Zahtjev osiguranika po ovoj polici ne može se riješiti ako premija osiguranja nije plaćena kako je ugovoreno policom i uvjetima osiguranja.

Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su upisani podaci točni, potpuni i istiniti.

Mjesto i datum:

Čitljivo ime i prezime odgovorne osobe:

Pečat i potpis:
