



CROATIA OSIGURANJE
utemeljeno 1884.
 CROATIA OSIGURANJE d.d.

PODRUŽNICA

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

ZAPRIMLJENO DANA

BROJ ŠTETE

BROJ POLICE

MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA SVA PITANJA

PODACI O OSIGURANIKU

JMBG

- Ime i prezime: _____ Spol (zaokružite) **M** **Ž**
- Adresa stanovanja: _____ Tel. _____
- Datum i mjesto rođenja: _____ Zanimanje _____
- Sporedno zanimanje i djelatnost za koju primete naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivreda i dr.) _____
- Kojim se sportom bavite rekreativno, amaterski ili profesionalno? _____
- Jeste li zaposleni? Ako DA, gdje? _____

PODACI O DOGAĐAJU

- Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj: _____ u _____ sati
- U kojem mjestu, ulici, relaciji se dogodio nesretni slučaj?
- Detaljno opišite događaj. Što je uzrok nesretnog slučaja, na koji način se dogodio nesretni slučaj?

- Dokaz da se nesretni slučaj dogodio su slijedeći očevici ili osobe koje su prije liječnika pomagale:
 _____ ime i prezime _____ adresa _____
 _____ ime i prezime _____ adresa _____
- Ako je nezgoda nastala u prometu navedite registarske oznake vozila _____ Ako ste bili vozač, predložite prometnu i vozačku dozvolu ili potvrdu o poznavanju prometnih znakova, Zapisnik o alkotestiranju, Europsko izvješće o nezgodi ili Policijski zapisnik, ako posjedujete.
- Jeste li neposredno prije nesretnog slučaja uživali drogu/narkotike ili alkohol, kakav i u kojoj mjeri?

- Je li se o nezgodi vodila istraga, obavljen očevid, kazneni ili drugi postupak? Ako DA, navedite koji organi su to vodili _____
- Imate li još nekih polica osiguranja od posljedica nesretnog slučaja ili života (individualno, kolektivno, vozači i putnici u vozilu, vlasnici kreditnih kartica, učenici i studenti i dr)?
 Navedite osiguravajuće društvo i broj police _____
- Jeste li prijavili ovaj nesretni slučaj i kao ozljedu na radu, auto-odgovornost, osiguranje iz djelatnosti ili po drugoj polici osiguranja nezgode ili života? Navedite gdje se zahtjev vodi: _____

PODACI O ZDRASTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA

- Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bolovali od: degenerativnih bolesti zglobno-koštanog sustava, šećerne bolesti, bolesti centralnog i perifernog nervnog sustava, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilnog sustava, kronične plućne bolesti, alkoholizma, neke duševne bolesti ili druge navedene bolesti?
 Ako DA, kada i od kojih bolesti? _____
- Jeste li prije ovog nesretnog slučaja imali tjelesnu manu ili tjelesnu ozljedu s trajnim posljedicama? Ako DA, kakvu? _____
- Je li Vam ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti? Kada, koliko i zbog čega? _____
- Jeste li u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozlijeđeni? Jeste li se liječili u bolnici? Ako DA, opišite gdje ste se liječili i zašto ili priložite medicinsku dokumentaciju _____
- Jeste li prije ovog nesretnog slučaja bili zdravi i radno sposobni? Ako NISTE, zbog čega? _____
- 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 niste, zašto?

2. Naziv bolnice gdje ste se prvi puta 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?

OSTALI PODACI

1. Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:

2. Račun banke za isplatu (zaokružite): a) tekući b) štedni Broj Vašeg računa:

Naziv i sjedište banke:

3. UZ PRIJAVU PRILAŽEM (zaokružite):

1. Originalnu medicinsku dokumentaciju od do

2. Policu osiguranja broj

3. Ostalo (navedite):

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 osigurateljne obveze.

U dne
Čitko ime i prezime podnosioca prijave
.....
Potpis podnosioca prijave

POPUNJAVA UGOVARATELJ - POSLODAVATELJ

Ugovaratelj Matični broj

Potvrđujem da je zaposlenik-ca
ime i prezime

..... u radnom odnosu
datum rođenja broj kadrovske evidencije

- na neodređeno vrijeme od do

- na određeno vrijeme od do

te da je osiguran-a po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj
Zahtjev osiguranika po ovoj polici ne može se riješiti ako premija 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.

U dne
Čitko ime i prezime odgovorne osobe
.....
Žig i potpis