

Podružnica _____

Zaprimljeno dana: _____

Broj štete: _____

Broj police: _____

PRIJAVA SMRTNOG SLUČAJA ZBOG BOLESTI

MOLIMO DA PAŽLJIVO PROČITATE I U POTPUNOSTI ODGOVORITE NA SVA PITANJA

PODACI O OSIGURANIKU

OIB _____

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 1. Ime i prezime: | Spol (zaokružite): M Ž |
| 2. Adresa stanovanja: | Tel. |
| 3. Datum i mjesto rođenja: | |
| 4. Zanimanje: | |

PODACI O DOGAĐAJU

- | |
|---|
| 1. Datum i sat smrti:u sati |
| 2. Gdje je nastupila smrt (u bolnici, kod kuće i dr.), navedite točno mjesto i tko je utvrdio smrt? |
| 3. Koja je bolest neposredni uzrok smrti? |
| 4. Kada se osiguranik počeo liječiti od te bolesti? |
| 5. Ako se osiguranik liječio u bolnici, u kojoj i koliko dugo? |
| 6. Je li izvršena obdukcija? Ako DA, kada i u kojoj ustanovi?..... |
| 7. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog pokušaja istog? DA NE |
| 8. Ima li sumnje da su smrt uzrokovale treće osobe? |
| 9. Je li o ovom smrtnom slučaju provedena istraga? Ako DA koji su je organi vodili?..... |

PODACI O KORISNIKU

- | |
|--|
| 1. Ime i prezime |
| 2. Adresa stanovanja, ulica i kbr., broj telefona |
| 3. Broj osobne iskaznice |
| 4. Srodstvo s osiguranikom |
| 5. Banka i broj računa za isplatu: naziv banke, broj računa: |

Izjavljujem i potpisom potvrđujem da:

- je na sva pitanja odgovoreno istinito i potpuno,
- je uz prijavu predana na uvid sva do sada izdana medicinska dokumentacija.

U dne

.....
čitko ime i prezime podnositelja prijave

.....
potpis podnositelja prijave

POTVRDA UGOVARATELJA

UGOVARATELJ:

OIB:

A) Za zaposlenika

Potvrđujem da je zaposlenik-ca

ime i prezime

..... bio-bila u radnom odnosu:
datum rođenja broj kadrovske evidencije

- na neodređeno vrijeme od do

- na određeno vrijeme od do

da je bio-bila osiguran(a) po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj

.....

te da je bio – bila NEPREKIDNO NA BOLOVANJU od dana godine.

B) Za člana obitelji zaposlenika

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 član obitelji bio-bila osiguran(a)

ime i prezime

po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj

Premija po polici plaćena je za razdoblje oddo godine

u iznosu od kn za osoba..

Na temelju članka 21. Zakona o liječništvu, dajem slijedeće

ODOBRENJE

1. Odobravam liječnicima koji su liječili _____ prije i poslije prijavljenog nesretnog slučaja da otkriju liječničku tajnu o podacima koji se odnose na njegovo/njezino zdravstveno stanje osiguratelju te da mu daju, na temelju ovog odobrenja, sve podatke o zdravstvenom stanju koji su potrebni za utvrđivanje osigurateljne obveze, a koje su liječnici odnosno zdravstvene ustanove dužne dati meni kao zakonskom zastupniku/nasljedniku na temelju odredbi Zakona o zaštiti prava pacijenata.

2. Ovo odobrenje odnosi se na sve zdravstvene djelatnike koji su u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama i na temelju njega od CROATIA osiguranja d.d. ovlaštenu liječnik ima pravo uvida u svu medicinsku dokumentaciju u smislu točke 1. ovog odobrenja kao i dobivanja usmenim putem svih podataka i liječničkih saznanja o mom zdravstvenom stanju prije i poslije nastanka nesretnog slučaja.

U _____ dne _____

.....
Čitko ime i prezime korisnika- nasljednika i br. osobne iskaznice

.....
prebivalište i adresa stanovanja

.....
potpis osiguranika

Napomena: Zahtjev korisnika osiguranja ne može se riješiti ako premija nije plaćena kako je ugovoreno policom i uvjetima osiguranja.

Potpisom ovog dokumenta dajem suglasnost za korištenje/prikupljanje, spremanje, snimanje, organiziranje, uvid i prijenos/mojih osobnih podataka isključivo za potrebe marketinško-prodajnih aktivnosti CROATIA osiguranja d.d. i njezinih tvrtki kćeri.