

Podružnica

Zaprimljeno dana:

Broj štete:

Broj police:

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA UČENIKA

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. Naziv škole/fakulteta: | razred/godina |

PODACI O DOGAĐAJU

- | | | | | | |
|--|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| 1. Datum i sat kad se dogodio nesretni slučaj:u sati | | | | | |
| 2. U kojem mjestu, ulici, relaciji se dogodio nesretni slučaj | | | | | |
| 3. Detaljno opišite događaj. Što je uzrok nesretnog slučaja, na koji način se dogodio nesretni slučaj?
.....
.....
..... | | | | | |
| 4. Dokaz da se nesretni slučaj dogodio su slijedeći očevici ili osobe koje su prije liječnika pomagale:
<table><tr><td>.....
Ime i prezime</td><td>.....
adresa</td></tr><tr><td>.....
Ime i prezime</td><td>.....
adresa</td></tr></table> | |
Ime i prezime |
adresa |
Ime i prezime |
adresa |
|
Ime i prezime |
adresa | | | | |
|
Ime i prezime |
adresa | | | | |
| 5. Gdje se osiguranik liječio od zadobivenih ozljeda (ambulantna, bolnica) | | | | | |
| 6. Opis ozljeda | | | | | |
| 7. Je li se osiguranik od zadobivenih ozljeda preminuo? | DA NE | | | | |
| Postoji li opasnost po njegov život: | DA NE | | | | |
| 8. Ime, prezime šifra liječnika koji je pružio prvu pomoć..... | | | | | |
| 9. Ime, prezime i šifra liječnika koji sada liječi osiguranika | | | | | |

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA

- | |
|--|
| 1. DA li je osiguranik već prije imao kakvih zdravstvenih problema ili zadobio neke ozljede? Ako DA, opišite.
..... |
| 2. Tko uzdržava osiguranika? |
| 3. Ima li osiguranik pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu? Ako DA na temelju čega?.....
..... |

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 ŠKOLE/FAKULTETA

OIB: _____

Potvrđuje se da je u polici broj pod rednim brojem upisan učenik/student razreda/godine uplatio premiju u iznosu kn dana i da zbog ozljeda koje je imao u svezi s navedenim nesretnim slučajem nije polazio školu/fakultet u vremenu od do godine.

Na dan nesretnog slučaja imao je status redovitog učenika/studenta
ime i prezime

Posebne napomene

U, dana
žig i potpis odgovorne osobe škole/fakulteta

Na temelju ugovorenog rizika troškova liječenja po polici, podnosim ZAHTJEV:

1. za drugim liječničkim mišljenjem kod osiguravateljevog liječnika specijalista: internist, kirurg, neurolog, fizijatar, specijalist medicine rada (profesionalna orijentacija), ortoped, neurokirurg, psihijatar.
2. za nabavku umjetnih udova do visine utvrđene originalnim računom, a do visine ugovorenog osiguranog iznosa.
3. za odobrenjem drugih troškova. Navedite troškove za koje podnosite zahtjev: _____

Na temelju članka 21. Zakona o liječništvu, dajem slijedeće**O d o b r e n j e**

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

2. Ovo odobrenje odnosi se na sve zdravstvene djelatnike koji su me liječili u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama i na temelju njega od CROATIA osiguranja d.d. ovlašteni liječnik ima pravo uvida u svu moju 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 osiguranika i br. osobne iskaznice

_____ prebivalište i adresa stanovanja

_____ potpis osiguranika

Napomena: Zahtjev osiguranika odnosno 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.