GRAWE

POPUNJAVA OSIGURANIK

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

1. PODACI O UGOVARATELJU I OSIGURANIKU

BROJ POLICE .....

Ugovaratelj osiguranja	OIB ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... telefon - mobitel - e-mail
Ime i prezime / tvrtka / obrazovna ustanova	.....
Adresa	☐☐☐☐☐ ..... Broj pošte mjesto ulica i broj
Osiguranik	OIB ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ..... telefon - mobitel - e-mail
Ime i prezime	.....
Adresa	☐☐☐☐☐ ..... Broj pošte mjesto ulica i broj
Naziv poduzeća gdje je osig. zaposlen	.....
Koje poslove obavlja?	.....

2. PODACI O NEZGODI

Datum i sat nesretnog slučaja	.....
Detaljan opis događaja Gdje se dogodio nesretni slučaj, pri kojem poslu, na koji način i što je uzrok nastanka nesreće?	.....
Koja medicinska ustanova je pružila prvu pomoć i kojeg dana?	.....
Da li je nezgoda prijavljena policiji, i kojoj?	.....
Gdje se osiguranik liječio od povreda, u kojoj ambulanti? U kojoj bolnici - poliklinici?	.....
Navedite osiguranikovog liječnika primarne zdravstvene zaštite	.....
Da li ste neposredno prije nastanka nesretnog slučaja uživali drogu ili alkohol, kakav i u kojoj mjeri?	.....
Da li imate zaključeno još kakvo osiguranje nezgode? U kojem društvu i navedite broj police?	.....
Navedite imena, prezimena i adrese očevidaca nesretnog slučaja	1. ..... 2. ..... 3. .....

Obr. PNS-01

3. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU PRIJE NESRETNOG SLUČAJA

Da li ste prije ovog nesretnog slučaja bolovali od kakve teže bolesti ili imali tjelesnu manu?	.....
Da li Vam je ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti? Kada, koliko i zašto?	.....
Da li ste u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozlijeđeni? Da li ste se liječili u bolnici?	.....
Da li ste prije ovog nesretnog slučaja bili zdravi i radno sposobni? Ako niste, zbog čega?	.....

Način isplate odštete (za svu malodobnu djecu neophodan je broj štedne knjižice) naziv i BIC Code banke	.....
IBAN broj	.....

Za točnost podataka o uzroku nezgode i drugih podataka navedenih u ovom zahtjevu za naknadu štete odgovaram materijalno i kривično! Snosim sve posljedice koje iz toga proisteknu. Ovlašćujem GRAWE Hrvatska d.d. da izvrši uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju. Također ovlašćujem nadležnog liječnika opće medicine da na pismeni zahtjev GRAWE Hrvatska d.d. dopusti kopiranje cjelokupnog zdravstvenog kartona, odnosno druge medicinske dokumentacije (anamnestički podaci, otpusno pismo i dr.)

U _____ , _____ 201 __.

Potpis podnositelja zahtjeva:

_____

Broj osobne iskaznice: _____

Potpis ovlaštene osobe
koja je zaprimila odštetni zahtjev

_____

4. POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Osiguranik-ca ..... OIB

je osiguran/a ovom policom osiguranja broj: ..... neprekidno od .....

U ....., dana .....

.....
Pečat i potpis ovlaštene osobe