

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 očevidci ili osobe koje su prije liječnika pomagale:		
..... Ime i prezime	..... adresa	
..... Ime i prezime	..... adresa	
5. Gdje se osiguranik liječio od zadobivenih ozljeda (ambulanta, 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. ovlaštenu 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.