

Podružnica
Poslovnica

Prijava nesretnog slučaja za osiguranje učenika i studenata

Broj štetnog predmeta:
(ispunjava osiguratelj)

Broj police:

UGOVARATELJ

Naziv škole
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj, broj telefona

OSIGURANIK

Ime i prezime
Datum rođenja OIB/JMBG
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj, broj telefona

PODACI O NESRETNOM SLUČAJU

Datum i vrijeme nastanka nesretnog događaja
Mjesto nastanka nesretnog događaja
Opis nesretnog slučaja (mjesto nesretnog slučaja, pri kakvoj djelatnosti, zbog kojeg uzroka)

Da li je zbog nesretnog slučaja pokrenuta istraga i koja ustanova istu vodi odnosno da li je nesretni slučaj prijavljen organima unutrašnjih poslova i kojoj postaji?

Imena i prezimena, te adrese svjedoka ozljede

Opis povreda

Da li je osiguranik zbog tih povreda umro ili postoji opasnost za njegov život?
Kada je i gdje osiguraniku pružena prva stručna liječnička pomoć?
U kojoj je zdravstvenoj ustanovi osiguranik liječen ili se liječi?

OSTALI PODACI

Da li je osiguranik prije ovog nesretnog slučaja bolovao od kakve teže bolesti ili je pretrpio kakvu težu ozljedu? Ako da, koje/u?

Da li je osiguranik već ranije doživio povredu istog organa kao i kod ovog nesretnog slučaja? Ako da, kada i kakve su posljedice od te ozljede zaostale?

Da li osiguranik, osim ovog, ima kakvo drugo osiguranje od posljedica nesretnog slučaja? Ako da, kod kojeg osiguravajućeg društva i koji je broj police?

Ime i prezime, poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj i broj telefona roditelja odnosno skrbnika osiguranika?

Predlažem da se osigurnina isplati (zaokružiti):

na osobni račun otvoren kod banke naziv banke:
 preko tekućeg računa broj računa:
vlasnik računa:

PODACI O OSOBI KOJA JE NAKNADILA TROŠKOVE LIJEČENA ODNOSNO TROŠKOVE POGREBA

Ime i prezime
Datum rođenja OIB/JMBG
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj, broj telefona

Ovim izjavljujem da sam na sva postavljena pitanja odgovorio potpuno istinito. Ovlašćujem liječnike i zdravstvene ustanove da osiguratelju daju sve podatke i dokumentaciju o ranijim ozljedama i zdravstvenom stanju, trajanju liječenja i posljedicama.

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te da mi je Informacija o obradi podataka također dostupna na svim prodajnim mjestima Triglav osiguranja d.d. i na web stranici: www.triglav.hr

U dana 20.....
(potpis roditelja, skrbnika odnosno korisnika)

POTVRDA ŠKOLE

Osiguranik razred je u školskoj godini 20 /20 Upisan je u upisnom listu pod rednim brojem

Premiju za osiguranje u iznosu od kn platio je dana

Usljed posljedica prijavljenog nesretnog slučaja nije pohađao školu od do

Posebne napomen škole u pogledu odsutnosti osiguranika od školske nastave u pogledu nesposobnosti za školske obveze i doznake odštete (pr.pohađanje satova tjelesne i zdravstvene kulture i sl.):

.....
.....
.....

U dana

(žig i potpis odgovorne osobe)

Popis potrebne dokumentacije uz Prijavu:

- 1) polica osiguranja
- 2) medicinska dokumentacija
- 3) rodni list osiguranika
- 4) zapisnik nadležnog tijela o nastalom osiguranom slučaju
- 5) preslike računa za liječenje
- 6) smrtni list
- 7) otpusno pismo iz bolnice/nalaz mrtvozornika ili obdukcijski nalaz
- 8) dokaz o plaćanju troškova pogreba
- 9)
- 10)