

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA IZ OSIGURANJA LIJEČENJA U TOPLICAMA NAKON OZLJEDA U PROMETNOJ NEZGODI ZZ79/OSIGURANJA REHABILITACIJE NAKON PROMETNE NEZGODE ZZ78

(zahtjev zaprimljen 8 dana prije isteka kalendarskog mjeseca bit će odrađen s 1. u narednom kalendarskom mjesecu.)

1. PODACI O OSOBI KOJA JE SKLOPILA OSIGURANJE LIJEČENJA U TOPLICAMA NAKON OZLJEDA U PROMETNOJ NEZGODI (ugovaratelj):

UGOVARATELJ (prezime i ime): datum rođenja:
adresa:
telefon: e-mail: OIB:.....

2. PODACI O OSIGURANOM VOZILU I PROMETNOJ NEZGODI:

REGISTARSKA OZNAKA VOZILA: BR. POLICE AUTOMOBILSKOG OSIGURANJA:
DATUM PROMETNE NEZGODE: MJESTO PROMETNE NEZGODE:
OČEVID PROMETNE NEZGODE OBAVILA POLICIJSKA POSTAJA:
POLICIJSKI ZAPISNIK: DA OZNAKA ILI BR. POLICIJSKOG ZAPISNIKA: NE
PROMETNU NEZGODU PROUZROČIO JE:
 VOZAČ OSIGURANOG VOZILA
 VOZAČ DRUGOG MOTORNOG VOZILA (PREZIME I IME):
OSIGURANOG KOD OSIGURATELJA:
U OSIGURANOM VOZILU BILI SU TJELESNO OZLIJEĐENI: (prezime, ime i adresa):
.....
.....

3. PODACI O OZLIJEĐENOJ OSOBI (osiguraniku) KOJA JE U PROMETNOJ NEZGODI BILA:

VOZAČ SUPUTNIK
 UGOVARATELJ (polje se označi s „x“ u slučaju kada je osiguranik također i ugovaratelj, u tom slučaju osobne podatke u nastavku ove točke nije potrebno upisivati)
PREZIME I IME: datum rođenja:
NASLOV:
telefon: e-mail: OIB:.....

4. POKRIĆE OSIGURANJA:

- Osiguranje liječenja u toplicama nakon ozljeda u prometnoj nezgodi ZZ79
 Osiguranje rehabilitacije nakon prometne nezgode ZZ78

5. PODACI O PRILOŽENIM PRESLIKAMA MEDICINSKE I DRUGE DOKUMENTACIJE:

- preslika police osiguranja vozila
 policijski zapisnik o prometnoj nezgodi
 medicinska dokumentacija koja se odnosi na dotadašnje liječenje ozljeda (mišljenje ovlaštenog liječnika u Triglav osiguranju d.d., mišljenje vještaka/komisije u Zdravstvenoj točki)
 uputnica osobnog liječnika i nalaz liječnika specijalista
 smrtni list

Ostali dokumenti, napomene:
.....
.....

6. IZJAVA I OVLAŠTENJE:

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio(la) istinito i potpuno. Ovlašćujem Triglav osiguranje d.d. da provjeri osnovanost ovog zahtjeva kod za to nadležnih institucija (MUP), odnosno organizacijama koje raspolažu s potrebnim podacima, kao i da liječnici i zdravstvene ustanove na zahtjev Triglav osiguranja d.d. posreduju podatke i svu dokumentaciju o prethodnim ozljedama i zdravstvenom stanju, vrsti tjelesnih ozljeda, trajanju liječenja i posljedicama. Vlastoručnim potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam primio detaljne informacije o obradi podataka sadržane u dokumentu pod nazivom „Informacija o obradi podataka“ te sa 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

..... (potpis ugovaratelja)

..... (potpis osiguranika/korisnika)

..... (šifra i potpis predstavnika Triglav osiguranja d.d.)