

PODRUŽNICA

Prijava osiguranog slučaja iz osiguranja liječenja nakon ozljede u prometnoj nezgodi

Broj štetnog predmeta: Broj police:
(ispunjava osiguratelj)

1) PODACI O UGOVARATELJU:

Ime i prezime/naziv ugovaratelja: OIB:

Adresa/sjedište:

Tel. broj: E-mail adresa:

2) PODACI O OSIGURANOM VOZILU I PROMETNOJ NEZGODI:

Registracijska oznaka vozila: Broj police automobilskog osiguranja:

Datum prometne nezgode: Mjesto prometne nezgode:

Očevid prometne nezgode obavila je policijska postaja:

Policijski zapisnik o ovoj nezgodi (označiti križićem): je izrađen nije izrađen

Prometnu nezgodu je prouzročio (označiti križićem i ispuniti):

vozač osiguranog vozila

vozač drugog motornog vozila (ime i prezime):

osiguranog kod osigurateljnog društva:

U osiguranom vozilu su tjelesno povrijeđeni bili (ime, prezime i adresa):

3) PODACI O OŠTEĆENOJ OSOBI (OSIGURANIKU) KOJI JE U PROMETNOJ NEZGODI BIO OZLIJEĐEN:

Osiguranik je u ovoj prometnoj nezgodi sudjelovao u svojstvu (označiti križićem): vozača putnika u vozilu

Ime i prezime: Datum rođenja:

OIB: Matični broj osiguranika obv.zdrav. osiguranja (MBO):

Adresa:

Tel. broj: E-mail adresa:

4) OPIS OZLJEDE (označiti križićem)

ozljeda zgloba ekstremiteta ozljeda duge kosti ozljeda brahijalnog spleta

crush ozljeda ozljeda kralježnice ozljeda mozga

ozljeda zdjelice ozljeda trupova kralježaka opekline/ozeblina

nešto drugo

MOLIMO OKRENUTI!

5) PODACI O POVREDI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU (u svezi s prijavljenom ozljedom)

Prva pomoć datum liječnik
zdravstvena ustanova

Amb./bol. liječenje datum liječnik
zdravstvena ustanova

Da li je osiguranik prije ove ozljede već imao ozljedu istog organa ili uda?

Da li je osiguranik u vezi s ozljedom iz ovog događaja bio obrađivan pred nadležnim liječnikom HZZO-a i kakva je bila njegova odluka?

Kakva je bila ta povreda i njene posljedice?

Da li je osiguranik u vezi s ozljedom iz ovog događaja bio obrađivan na invalidskoj komisiji i kakva je bila njena odluka?

Da li je osiguranik u vezi s ozljedom iz ovog događaja već na rehabilitaciji u nadležnoj zdravstvenoj instituciji i koliko vremena?

Da li je osiguranik u vezi s ozljedom iz ovog događaja već u lječilištu i koliko vremena?

6) IZJAVA I OVLAŠTENJE

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i cjelovito. Svojim potpisom potvrđujem pravilnost i točnost navedenih podataka. Pristajem na to da liječnici, domovi zdravlja, nositelji osiguranja, ustanove itd. osiguratelju dostave informacije i podatke koji su potrebni za procjenu ponude ili provjeru osnovanosti zahtjeva za naknadu, te ih oslobađam od profesionalne obveze šutnje. Ovime ujedno ovlašćujem Triglav osiguranje d.d. da provjeri utemeljenost ovoga zahtjeva kod nadležnih organa ili drugih organizacija ili ustanova koji s tim podacima raspolažu i da liječnici i zdravstvene ustanove mogu bez posebnog naknadnog odobrenja osiguranika dostaviti podatke i dokumentaciju o mojim prethodnim ozljedama i zdravstvenom stanju, vrsti tjelesne povrede, trajanju liječenja i posljedicama. Istovremeno uzimam na znanje da nesvjesno dani krivi podaci predstavljaju povredu ugovorne obveze. Svojim potpisom potvrđujem da sadržaj ovog obrasca čine i sve izjave i napomene na ovom obrascu čiji je sastavni dio i priložena dokumentacija.

U, dana
(potpis osiguranika)

PRILOZI (križićem označiti dostavljeno)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> med. dokumentacija o obavljenoj hitnoj obradi | <input type="checkbox"/> mišljenje osobnog liječnika |
| <input type="checkbox"/> med. dokumentacija o obavljenom bolničkom liječenju | <input type="checkbox"/> mišljenje komisije pri HZZO-u |
| <input type="checkbox"/> med. dokumentacija o obavljenom specijalističkom ambulantom liječenju | <input type="checkbox"/> u primjeru ozljede živca, ako osiguranik prije početka liječenja u lječilištu nije završio rehabilitaciju u nadležnoj zdravstvenoj ustanovi, medicinsku potvrdu, da takva rehabilitacija nije potrebna |
| <input type="checkbox"/> otpusno pismo nadležnog liječnika s bolničkog liječenja | <input type="checkbox"/> preslika iskaznice obveznog zdravstvenog osiguranja |
| <input type="checkbox"/> med. dokumentacija o liječenju u lječilištu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> mišljenje imenovanog liječnika HZZO-a | |

UZ POTPUNO ISPUNJENU PRIJAVU, TE DOSTAVOM SVIH POTREBNIH DOKUMENATA VAŠ ĆE ZAHTJEV BITI BRZO RIJEŠEN NA VAŠE I NAŠE ZADOVOLJSTVO.