

Broj police

PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime

OIB

Adresa:

Datum rođenja

Pošt.broj/mjesto

TEL.

e-mail:

Spol

M

Ž

Tvrtka ili organizacija u kojoj ste zaposleni - preko koje ste osigurani

(u slučaju kad je ugovaratelj osiguranja pravna osoba kod koje je osiguranik zaposlen)

PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU

Datum nastanka nesretnog slučaja

Mjesto nastanka nezgode

Uzrok nastanka osiguranog slučaja

Koji ste posao obavljali u trenutku nastanka osiguranog slučaja?

Opis nastanka nezgode i posljedice nezgode (opis ozljeda):

Jeste li prije nezgode konzumirali alkohol ili opojna sredstva? Ako da, koliko?

da

ne

Radi li se o ozljedi na radu?

da

ne

Ako je nezgoda nastala u prometu navedite registarske oznake vozila

Ako ste bili vozač, predočite prometnu dozvolu, vozačku dozvolu, Zapisnik o alkotestiranju, Europsko izvješće o nezgodi ili Policijski zapisnik.

Je li po nastanku nesretnog slučaja obavljen očevid i vođena istraga?

da

ne

Ako da, tko ju je vodio?

Postoje li svjedoci nastanka štete?

da

ne

Ako da, navedite imena i adrese svjedoka štetnog događaja:

Podaci o zdravstvenom stanju prije nastanka nesretnog slučaja

Jeste li prije ovog nesretnog slučaja imali tjelesnu manu ili tjelesno oštećenje?

da

ne

Ako da, kakvo?

Jeste li prije ovog slučaja pretrpili kakvu tjelesnu ozljedu s trajnim posljedicama?

da

ne

Ako da, kakvu i kada?

Je li Vam ranije po bilo kakvoj osnovi utvrđeno tjelesno oštećenje ili trajni gubitak opće radne sposobnosti?

da

ne

Ako da, kada, koliko i zbog čega?

Jeste li u posljednjih 5 godina bili teže bolesni ili ozlijeđeni?

da

ne

Jeste li se zbog toga liječili u bolnici?

da

ne

Ako da, opišite gdje ste se liječili i zašto ili priložite medicinsku dokumentaciju

Podaci o liječenju poslije nesretnog slučaja

Jeste li se odmah prijavili liječniku odnosno zatražili pružanje pomoći?

da

ne

Ako ne, zašto?

Gdje Vam je i kada pružena prva stručna liječnička pomoć?

(Navesti bolnicu, ambulantu, liječnika, datume primitka)

Gdje se sada liječite?

(Navesti bolnicu, ambulantu, liječnika)

Jeste li bili na bolovanju zbog ovog nesretnog slučaja?

da ne

Ako da, navesti period bolovanja / datum početka i završetka ?

Jeste li se držali liječničkih uputa i savjeta u pogledu liječenja?

da ne

Ako ne, zašto?

Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu

PODACI O RAČUNU OSIGURANIKA/KORISNIKA ZA ISPLATU NAKNADE

(za maloljetnike je potrebno dostaviti dokaz o vlasništvu računa)

Ime i prezime

Naziv i sjedište banke

IBAN / Broj računa

Popis potrebnih dokumenata za prijavu nesretnog slučaja:

- Obrazac za prijavu štete (u slučaju da je ugovaratelj pravna osoba, potrebna je i ovjera ugovaratelja)
- Preslika cjelokupne medicinske dokumentacije vezane uz liječenje posljedica nesretnog slučaja
- Dokaz o nastanku nesretnog slučaja (zapisnik o očevidu, ovjerene izjave očevidaca, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)
- Ako je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom, priložiti vozačku dozvolu, prometnu dozvolu, zapisnik o alkotestiranju).
- Preslika osobne iskaznice ili rodnog lista osiguranika te osobne iskaznice zastupnika (u slučaju maloljetnosti)

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da su svi podaci, informacije i izjave koje sam dao točne, potpune i istinite, kao i da sam primio, pročitao i razumio Informacije o obradi podataka HOK-OSIGURANJA d.d. Izjavljujem da sam upoznat s tim da će HOK-OSIGURANJE d.d. podatke iz ovog obrasca obrađivati isključivo u svrhu provođenja odgovarajućeg postupka obrade prijavljene štete, kao i da sam upoznat o izravnoj komunikaciji s HOK-OSIGURANJEM d.d. radi dobivanja informacija o statusu moje prijavljene štete. Izjavljujem da ću podatke iz ovog obrasca štiti od moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba te da ih neću prosljeđivati neovlaštenim osobama.

Ovlašćujem liječnike koji su liječili osiguranika, da mogu pružiti sve obavijesti koje Osiguratelj od njih zatraži u svezi s prijavljenim slučajem.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika / podnositelja prijave

POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Grupna osiguranja NEZGODE

PODACI O UGOVARATELJU (pravna osoba koja je ugovorila policu osiguranja)

Naziv ugovaratelja OIB
Adresa: TEL.
Pošt.broj/mjesto e-mail:

IZJAVA ZA DJELATNIKA, UČENIKA, STUDENTA

A) za zaposlenika

Ovim potvrđujemo da je zaposlenik(ca) - ime i prezime
Datum rođenja Broj kadrovske evidencije
bio/bila u radnom odnosu od do
te da je bio osiguran po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj

B) za člana obitelji zaposlenika (ako je član obitelji osiguran po polici osiguranja djelatnika od posljedica nezgode)

Ovim potvrđujemo da je zaposlenik(ca) - ime i prezime
Datum rođenja Broj kadrovske evidencije
bio/bila u radnom odnosu od do
te da je član obitelji - ime i prezime
bio osiguran po polici kolektivnog osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj

C) za učenika / studenta

Ovim potvrđujemo da je učenik / student - ime i prezime
Datum rođenja upisan u razred/godinu
uplatio premiju u iznosu kn dana po polici broj
i da zbog ozljede (uslijed nesretnog slučaja) nije polazio školu/fakultet u vremenu od do
Na dan nesretnog slučaja imao je status redovitog učenika/studenta.

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da su svi podaci, informacije i izjave koje sam dao točne, potpune i istinite. Izjavljujem da sam upoznat s tim da će HOK-OSIGURANJE d.d. podatke iz ovog obrasca obrađivati isključivo u svrhu provođenja odgovarajućeg postupka obrade prijavljene štete. Izjavljujem da ću podatke iz ovog obrasca štiti i moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba te da ih neću prosljeđivati neovlaštenim osobama.

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe