



Broj police

PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime

OIB

Adresa:

Datum rođenja

Pošt.broj/mjesto

Spol

M

Ž

Tvrtka ili organizacija u kojoj je osiguranik bio zaposlen - preko koje je osiguran

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

PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU

Datum i sat smrti

Smrt je posljedica (označiti)

nesretnog slučaja

bolesti

Je li se osiguranik liječio u bolnici, u kojoj i koliko dugo?

(Navedi bolnicu, liječnika)

Je li izvršena obdukcija?

da

ne

Ako da, kada i u kojoj ustanovi?

Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog pokušaja istog?

da

ne

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

da

ne

Ako da, tko ju je vodio?

Ime i prezime odabranog liječnika i ustanove gdje je Osiguranik

ostvarivao primarnu zdravstvenu zaštitu

Podaci za prijavu smrti uslijed nesretnog slučaja (popunjava se ako je smrt posljedica nesretnog slučaja)

Datum nastanka nesretnog slučaja

Uzrok nastanka osiguranog slučaja

Opis nastanka nezgode (mjesto, vrijeme, način):

Gdje je osiguraniku pružena prva stručna liječnička pomoć?

(Navedi bolnicu, ambulantu, liječnika)

Je li se osiguranik liječio od posljedica nesretnog slučaja?

da

ne

Je li osiguranik prije nezgode konzumirao alkohol ili opojna sredstva? Ako da, koliko?

da

ne

Postoje li svjedoci nastanka štete?

da

ne

Ako da, navedite imena i adrese svjedoka štetnog događaja:

Podaci za prijavu smrti uslijed bolesti (popunjava se ako je smrt posljedica bolesti)

Koja je bolest neposredni uzrok smrti?

Gdje je nastupila smrt (kod kuće, u bolnici i dr.), navedite točno mjesto i tko je utvrdio smrt?

Kada se osiguranik počeo liječiti od te bolesti?

PODACI O KORISNIKU

Ime i prezime	<input type="text"/>	OIB	<input type="text"/>
Adresa:	<input type="text"/>	Datum rođenja	<input type="text"/>
Pošt.broj/mjesto	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Srodstvo s osiguranikom	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Identifikacijska isprava	<input type="checkbox"/> osobna iskaznica	<input type="checkbox"/> putovnica	<input type="checkbox"/> ostalo	<input type="text"/>
Broj identifik. isprave	<input type="text"/>		Izdavatelj isprave	<input type="text"/>

Podaci o računu korisnika osiguranja (za maloljetnike je potrebno dostaviti dokaz o vlasništvu računa)

Naziv i sjedište banke	<input type="text"/>
IBAN / Broj računa	<input type="text"/>

Popis potrebnih dokumenata za prijavu nesretnog slučaja:

- Obrazac za prijavu štete (u slučaju da je ugovaratelj pravna osoba, potrebna je i ovjera ugovaratelja)
- 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).
- Smrtni list
- Otpusno pismo iz bolnice/nalaz mrtvozornika ili obdukcijски nalaz
- Dokaz o srodstvu (vjenčani list, rodni list, rješenje o nasljeđivanju, rješenje organa skrbništva)
- Medicinsku dokumentaciju tijekom liječenja (u slučaju smrti uslijed bolesti)

Popisom 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 podnosioca 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 od moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba te da ih neću prosljeđivati neovlaštenim osobama.

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe