

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA (troškovi operacije – OTO/bolnička dnevnica – OBD)

Broj ugovora (polica)	Ugovaratelj osiguranja
Osobni identifikacijski broj (OIB)	Adresa

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime	Datum rođenja
Adresa	Zanimanje
Osobni identifikacijski broj (OIB)	Telefon za kontakt

PODACI O KIRURŠKOJ OPERACIJI/BORAVKU U BOLNICI		
1. Datum prijema i odlaska iz bolnice (za OBD)		
2. Datum prijema i odlaska iz rehabilitacijskog centra (za OBD)		
3. Datum kirurške operacije (za OTO)		
4. Naziv ustanove i liječnika koji je dijagnosticirao oboljenje		
5. Uzrok		
a) Ako je uzrok bolesti – navesti bolest	b) Ako je uzrok nesretni slučaj – ukratko opisati događaj i posljedice	
Od kada se liječite, naziv bolnice ili ambulante i liječnika:	Je li se o ovom nesretnom slučaju vodila istraga? Ako da, koji organi su je vodili?	
Jeste li prije ove operacije bili zdravi? Ako niste, navedite bolest od koje ste se liječili, kada i gdje?	Jeste li u vrijeme nezgode bili pod utjecajem alkohola? Ako jeste, navedite uolikoj koncentraciji?	
6. Je li je bila neophodna pratnja staratelja za osiguranika mlađeg od 12 godina?		
7. Jeste li ranije imali tjelesnu ozljedu s posljedicom trajne invalidnosti? Ako da, kada i koju?		

PODACI O KORISNIKU	
Ime i prezime osiguranika/korisnika	Datum rođenja
Adresa za korespondenciju i telefon za kontakt	Osobni identifikacijski broj (OIB)
Naziv banke	IBAN broj

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Potpisom na ovoj prijavi obvezujem se na zahtjev Merkur osiguranja dostaviti, odnosno dajem privolu Merkur osiguranju d.d. da prikupi, medicinsku dokumentaciju u obimu potrebnom i neophodnom za rješavanje mog zahtjeva, uključujući: presliku potrebnog dijela zdravstvenog kartona, povijest bolesti i dijagnozu bolesti. Također ovlašćujem liječnike koji me liječe kao i one koji su me ranije liječili da mogu pružiti sva izvješća koja osiguravatelj u svezi s prijavljenim osiguranim slučajem bude od njih tražio. Potpisom ove izjave dajem privolu, sukladno odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka i Zakona o osiguranju da se moji osobni i povjerljivi podaci mogu prikupljati, obrađivati i koristiti u svrhe osiguranja, te u svrhe marketinga produkata članica Merkur grupe, te izjavljujem da sam upoznat s mojim pravom da se takvoj obradi usprotivim. Istodobno dajem izričitu suglasnost Merkur osiguranju d.d. da u navedene svrhe poduzima sve radnje vezane uz obradu svih prikupljenih osobnih i povjerljivih podataka (uključivo i davanje na korištenje drugim članicama Merkur grupe, odnosno drugim pravnim osobama u trajnijem poslovnom kontaktu s Merkur osiguranjem d.d.) i to za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju i njegovih pravnih učinaka.

Mjesto, datum

Potpis osiguranika/ korisnika

PROSTOR ZA OVJERU – PODATKE PROVJERIO/LA (ispunjava djelatnik Merkur osiguranja d.d.)		
Datum zaprimanja prijave i pečat ureda/prodajnog mjesta	Ime i prezime i potpis djelatnika	Broj štete

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU

- otpusno pismo
- cjelokupna medicinska dokumentacija vezana uz predmetni događaj
- dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik policije o izvršenom očevidu, zapisnik o alkoholiziranosti (ili prisutnosti narkotičkih sredstava), vozačka dozvola, prometna dozvola i dr.)
- preslika dijela zdravstvenog kartona primarne zdravstvene zaštite (ukoliko je potreban)
- ispis podataka o IBAN-u transakcijskog računa (instrukcija za plaćanje).