

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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 i e-mail adresa

ZAHTEJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA – SPECIFIKACIJA

	Broj računa	Datum izdavanja računa	Ustanova izdavanja računa	Iznos troškova
Zahtjev za refundaciju troškova: <input type="checkbox"/> Specijalistički pregled ili pretraga po indikaciji <input type="checkbox"/> Specijalistički pregled ili pretraga po izboru <input type="checkbox"/> Lijekovi <input type="checkbox"/> Pomagala <input type="checkbox"/> Ne-liječnički tretman				
	Ukupan iznos troškova			

Ako je uzrok bolesti – navesti dijagnozu:	Ako je uzrok nesretni slučaj – navesti datum i kratak opis događaja
Naziv ustanove i liječnika koji je dijagnosticirao oboljenje:	Je li se o osiguranom slučaju vodila istraga? Ako da, koji su je organi vodili?
Jeste li prije ovog liječenja bili zdravi? Ako ne navedite bolest od koje ste bili liječeni, kada i gdje?	Jeste li u vrijeme nesretnog slučaja bili pod utjecajem alkohola ili narkotičkih sredstava?

PODACI O KORISNIKU	
Ime i prezime osiguranika/korisnika	Datum rođenja i osobni identifikacijski broj (OIB)
Adresa za korespondenciju i telefon za kontakt	e-mail adresa
Naziv banke	IBAN broj
<small>Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. 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. Također potvrđujem da sam upoznat/a s Informacijama o obradi podataka vezanih za ugovor o osiguranju koje su dostupne na www.merkur.hr – Zaštita podataka.</small>	

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
--	-----------------------------------	------------

POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Naziv ugovaratelja osiguranja

Adresa

(ulica, kućni broj, mjesto, poštanski broj)

Broj telefona

Matični broj

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Potvrđujemo da je zaposlen od

(Ime i prezime, datum rođenja)

osiguran policom broj i da je premija u iznosu od

za razdoblje od20.....do 20..... godine (u kojemu je nastao prijavljeni slučaj)

plaćena dana 20..... godine.

U, dne.....20.....godine.

.....

žig i potpis odgovorne osobe

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU

- medicinska dokumentacija s pregleda liječnika specijaliste s indikacijom za obavljeni specijalistički pregled, dijagnostičku obradu, laboratorijsku pretragu, lijek, terapiju, ortopedsko pomagalo, dioptrijska stakla ili kontaktne leće
- dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik policije o izvršenom očevidu, rezultati alkotestiranja ili prisutnosti narkotičkih sredstava)
- original račun za plaćeni trošak liječenja
- ispis podataka o IBAN-u transakcijskog računa (instrukcija za plaćanje)