

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA USLIJED NASTUPA TEŠKE BOLESTI

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

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime	Datum i mjesto rođenja, osobni identifikacijski broj (OIB)
Adresa (prebivalište)	Zanimanje
Broj osobne iskaznice (identifikacijske isprave) i naziv izdatelja	e- mail adresa

PODACI O TEŠKOJ BOLESTI
1. Datum dijagnosticiranja teške bolesti
2. Dijagnoza
3. Naziv ustanove i liječnika koji je dijagnosticirao oboljenje
4. Gdje se osiguranik sada liječi – navesti bolnicu, ambulantu, liječnika
5. Jeste li prije ovog liječenja bili zdravi? Ako ne, navedite bolest od koje ste bili liječeni, kada i gdje:
6. Jeste li ranije imali tjelesnu ozljedu s posljedicom trajne invalidnosti?
7. Jeste li sposobni za rad? Ako ne zbog čega?
8. Jeste li bili na bolovanju u zadnjih 5 godina? Ako da, koliko?
9. Je li Vaše liječenje u potpunosti završeno?

PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA	
Ime i prezime	Datum, mjesto rođenja, osobni identifikacijski broj (OIB)
Adresa (prebivalište)	Broj osobne iskaznice (identifikacijske isprave) i naziv izdatelja
Adresa za korespondenciju i broj telefona za kontakt	e-mail
Naziv banke	IBAN broj
Korisnik osiguranja je državljanin SAD ili rezident SAD za porezne svrhe* <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Korisnik osiguranja je porezni rezident*: <input type="checkbox"/> samo RH <input type="checkbox"/> druge države (navesti koje _____)
Jeste li Vi, član Vaše uže obitelji, bliski suradnik ili stvarni vlasnik stranke politički izložena osoba sukladno odredbama Zakona o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma**? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
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.	

Mjesto, datum

Potpis korisnika osiguranja/podnositelja prijave

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:

Adresa: Telefon za kontakt:

ZA OSIGURANIKA

Potvrđujemo da je zaposlen od

osiguran policom broj i da je premija u iznosu od

za razdoblje od godine do godine

plaćena dana godine.

U, dne 20..... godine

.....
žig i potpis odgovorne osobe

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU TEŠKE BOLESTI

- original ispunjen obrazac „Prijava osiguranog slučaja uslijed nastupa teške bolesti”,
- original polica osiguranja,
- original dodaci polici,
- preslika potrebnog dijela zdravstvenog kartona primarne zdravstvene zaštite,
- sva medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i tijeku bolesti i sva izvješća svih onih liječnika koji su osiguranika pregledali i liječili, kao i onih koji ga trenutno liječe; isto tako se trebaju predložiti izvješća bolnica za rehabilitaciju i liječilišta u kojima se provodilo liječenje,
- preslika osobne iskaznice (identifikacijske isprave) korisnika osiguranja (obostrano),
- IBAN transakcijskog računa - Instrukcije za plaćanje od strane banke,
- *ispunjenu *Izjavu o poreznoj rezidentnosti fizičke osobe*, ukoliko je korisnik fizička osoba i državljanin ili rezident SAD ili je osim u RH, porezni obveznik bilo koje druge države odnosno ispunjenu *Izjava o poreznoj rezidentnosti pravne osobe* – ukoliko je korisnik pravna osoba,
- **ispunjen obrazac *Upitnik za politički izložene osobe* ako je korisnik, član uže obitelji korisnika, bliski suradnik korisnika ili stvarni vlasnik stranke (korisnika) politički izložena osoba sukladno odredbama Zakona o sprečavanju pranja novca i financiranja terorizma.