

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

Broj ugovora (police):	Ugovaratelj osiguranja:
OIB:	Adresa:

PODACI O OSIGURANIKU	
Ime i prezime:	Datum rođenja:
Adresa:	Zanimanje:
OIB:	Telefon za kontakt i e-mail:

PODACI O NESRETNOM SLUČAJU	
1. Datum, mjesto i vrijeme nesretnog slučaja:	
2. Točan opis nesretnog slučaja:	
3. Posljedice nesretnog slučaja – opis ozljeda:	
4. Je li osigurana osoba u vrijeme nesretnog slučaja bila pod utjecajem alkohola ili narkotičkih sredstava? Ako da, koliko?	5. Je li se o ovom nesretnom slučaju vodila istraga? Ako da, koja su je tijela vodila?
6. Ima li osiguranik zaključeno osiguranje i kod drugog osiguravatelja? Ako da, kod kojeg (naziv, vrsta osiguranja i broj police)	7. Je li osiguranik prije ovog nesretnog slučaja pretrpio kakvu tjelesnu ozljedu ili bolovao od kakve teške bolesti? Ako da, navesti kada i koja ozljeda ili teška bolest.
8. Je li osigurana osoba za navedeno pod br. 7 dobila isplaćenu odštetu? (navesti osiguravajuće društvo i broj police)	

Podaci o liječenju djeteta u slučaju bolesti (za program osiguranja KIV-BOLEST)	
Datum primitka u bolnicu:	Datum izlaska iz bolnice:
Naziv i adresa bolnice:	
Bolničko liječenje je posljedica koje bolesti:	
Je li osiguranik prije ovog liječenja u bolnici bio zdrav? Ako ne, navedite bolest od koje je bio liječen i kada.	

PODACI O KORISNIKU	
Ime i prezime osiguranika/korisnika:	Datum rođenja i OIB:
Adresa i telefon za kontakt:	e-mail:
Naziv banke:	IBAN:
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 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
rođenja)

(ime i prezime, datum

zaposlen od

osiguran policom broj

i da je premija u iznosu od

za razdoblje

od

do

godine (u kojemu je nastao prijavljeni slučaj)

plaćena dana

godine.

U

, dana

godine.

(žig i potpis odgovorne osobe)

POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU NESRETNOG SLUČAJA

- cjelokupna medicinska dokumentacija vezana uz predmetni događaj (početna medicinska dokumentacija te sva dokumentacija do završetka liječenja)
- dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja (zapisnik policije o izvršenom očevidu, rezultati alkotestiranja ili prisutnosti narkotičkih sredstava, vozačka dozvola, prometna dozvola, ovjerene izjave očevidaca, prijava ozljede na radu –tiskanica OR i dr.)
- preslika dijela zdravstvenog kartona primarne zdravstvene zaštite (ukoliko je potreban)
- ispis podataka o IBAN-u transakcijskog računa (instrukcija za plaćanje)