

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA

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

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, koji su je organi vodili?
6. Ima li osiguranik zaključeno osiguranje i kod drugog osiguravatelja? Ako da, kod kojeg (naziv, vrsta osiguranja i broj police).	7. Da li je osiguranik prije ovog nesretnog slučaja pretrpio kakvu tjelesnu ozljedu ili bolovao od kakve teške bolesti? Ako da, kada i što (navesti kakva ozljeda ili teška bolest).
8. Je li osigurana osoba za navedeno pod br. 7 dobila isplaćenu odštetu? (osiguravajuće društvo, broj police)	

Podaci o liječenju djeteta u slučaju bolesti (za program osiguranja KIV-BOLEST)

1. Datum primitka u bolnicu	2. Datum izlaska iz bolnice
3. Naziv i adresa bolnice	
4. Bolničko liječenje je posljedica koje bolesti?	
5. 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 osobni identifikacijski broj (OIB)
Adresa za korespondenciju i telefon za kontakt	e-mail adresa
Naziv banke	IBAN broj

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 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 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)