

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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

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

| ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA – SPECIFIKACIJA                             |             |                        |                           |                |
|---|-------------|------------------------|---------------------------|----------------|
| Zahtjev za refundaciju troškova:  | Broj računa | Datum izdavanja računa | Ustanova izdavanja računa | Iznos troškova |
| <input type="checkbox"/> Specijalistički pregled ili pretraga po indikaciji |             |                        |                           |                |
| <input type="checkbox"/> Specijalistički pregled ili pretraga po izboru     |             |                        |                           |                |
| <input type="checkbox"/> Fizikalna terapija                                 |             |                        |                           |                |
| <input type="checkbox"/> Male operacije                                     |             |                        |                           |                |
| <input type="checkbox"/> Bolnički apartmanski smještaj                      |             |                        |                           |                |
| <input type="checkbox"/> Ostalo:  |             |                        |                           |                |
| 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 OIB:   |                                |
| Adresa za korespondenciju 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 <a href="http://www.merkur.hr">www.merkur.hr</a> – 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

(ime i prezime, datum rođenja)

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

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