EUROHERC

PRIJAVA I ZAHTJEV
ZA NAKNADU ŠTETE IZ KOLEKTIVNE NEZGODE

01. UGOVARATELJ OSIGURANJA		
1.1.	PREZIME I IME (Naziv poduzeća-tvrtke)	
1.2.	ADRESA (Grad, ulica, telefon)	
1.3.	MATIČNI BROJ ili JMBG	
1.4.	POLICA OSIG. (broj i period važenja)	
02. OSIGURANIK		
2.1.	PREZIME I IME	
2.2.	ADRESA (Grad, ulica, telefon)	
2.3.	DATUM I MJESTO ROĐENJA	
2.4.	ZANIMANJE	
03. PODACI O NESRETNOM SLUČAJU		
3.1.	DAN I SAT NESRETNOG SLUČAJA	
3.2.	MJESTO NESRETNOG SLUČAJA	
3.3.	OPIS DOGAĐAJA (kako je došlo do nesretnog slučaja, pri kojoj djelatnosti, iz kojih uzroka i koje je ozljede prouzročio)	
3.4.	Da li je zbog zadobivenih ozljeda ozlijeđeni umro ili postoji opasnost po njegov život?	
3.5.	Ime i adresa očevidaca nesretnog slučaja	
3.6.	Koja je zdravstvena ustanova ozlijeđenom pružila prvu pomoć?	
3.7.	U kojoj se zdravstvenoj ustanovi osiguranik sada liječi?	
3.8.	U kojoj se zdravstvenoj ustanovi nalazi zdravstveni karton osiguranika?	
3.9.	Dijagnoza o ozljedi iz zdravstvenog kartona	
3.10	**a)** Da li je osiguranik i ranije imao tjelesnu povredu – kakvu i kada?	
	b) Da li je ta ranija ozljeda imala za posljedicu trajni invaliditet i u kojem stupnju	
	c) Da li je ozlijeđeni prije nesretnog slučaja bio potpuno zdrav, ili je već bio nesposoban za rad?	
	d) da li je ozlijeđeni bolovao od neke teže bolesti, ili imao neku tjelesnu manu ili nedostatak (navesti kakvu)?	
3.11	Da li je osiguranik za vrijeme nesretnog slučaja bio pod utjecajem alkohola ili droge?	
3.12	Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i tko je vodio istragu?	
3.13	Da li pored ovog osiguranja imate zaključeno osiguranje od posljedica nesretnog slučaja i kod nekog drugog osiguratelјnog društva (navesti osiguratelja i broj police)	

DP- 00-2

EUROHERC

04. PODACI ZA SLUČAJ SMRTI USLIJED BOLESTI		
4.1.	Datum smrti	
4.2.	Koja je bolest neposredni uzrok smrti?	
4.3.	Kada se osiguranik počeo liječiti od te bolesti?	
4.4.	Ako se osigur. liječio u bolnici, u kojoj i koliko dugo?	

05. KORISNIK OSIGURANJA		
5.1.	Prezime i ime	
5.2.	Adresa i telefon	
5.3.	Broj osobne iskaznice	
5.4.	Srodstvo s osiguranikom	
Osiguranik - korisnik		**Potpis ugovaratelja:**

U _____ dana, _____200__god.

Popunjava i ovjerava poduzeće - tvrtka

Ovim potvrđujemo da je djelatnik _____ uposlen kod nas neprekidno od _____

te da je osiguran(a) od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) policom osiguranja broj _____

Premija po toj polici plaćena je za razdoblje od _____ do _____

U _____ dana, _____200__ god. (pečat i potpis odgovorne osobe)

Ovaj obrazac koristi se kao prijava i zahtjev za naknadu štete za sve slučajeve nezgoda osim auto nezgode i nezgode učenika i studenata.

DP-00-2