GRAWE osiguranje a.d.

PRIJAVA NASTANKA TEŠKE BOLESTI

Broj polise: _____ Broj akta: _____

Podaci o osiguraniku:	
1. Ime i prezime	.....
2. Datum i mjesto rođenja	..... , …… (mjesto rođenja)
3. Matični broj	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4. Naziv preduzeća gdje ste zaposleni	……
5. Opis poslova koje obavljate ili ste obavljali na radnom mjestu	……

Podaci o predmetnoj bolesti	
1. Naziv bolesti	.....
2. Početak bolesti	..... (datum)
3. Trajanje odsustva sa posla (bolovanje)	od ..... do ..... (datum)
4. U kojim zdravstvenim ustanovama ste se liječili?	……..
5. Ime i prezime Vašeg izabranog ljekara opšte prakse i Dom zdravlja u kome se liječite?	…… , …… (Ime i prezime ljekara) (Dom zdravlja)
6. Da li ste prije bolovali od neke teške bolesti i koje?	DA NE ..... (zaokružite odgovor) ako je odgovor DA obavezno upišite od koje bolesti

Za tačnost podataka navedenih u ovoj prijavi odgovaram materijalno i krivično! Snosim sve posledice koje iz toga proisteknu. Ovlašćujem GRAWE osiguranje a.d. da izvrši uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju. Takođe ovlašćujem nadležnog ljekara opšte medicine da na pisani zahtjev GRAWE osiguranje a.d. dozvoli kopiranje cjelokupnog zdravstvenog kartona, odnosno drugu medicinsku dokumentaciju (anamnestički podaci, otpusno pismo i dr.)

U ....., ... 20__. godine

Potpis ugovarača/osiguranika

……..