

**Prijava osiguranog slučaja**  
**(TEŽE BOLESTI / HIRURŠKE INTERVENCIJE)**

Polisa br \_\_\_\_\_

Podaci o ugovaraču osiguranja	
Ugovarač osiguranja	
Kontakt telefon / e-mail	
Podaci o osiguraniku	
Ime i prezime	
Adresa (mjesto, ulica i broj)	
Matični broj osiguranika	
Datum i mjesto rođenja	
Zanimanje	
Kontakt telefon/ e-mail	
Navesti da li je osigurano lice ranije dobilo naknadu po osnovu ovog osiguranja. Ukoliko je odgovor potvrđan, navesti kada i po kom osnovu.	

Hirurška intervencija (operacija)	
Datum kada je prvi put savjetovano obavljanje hirurške intervencije (operacije) koja se prijavljuje	
Datum kada je izvršena hirurška intervencija	
Naziv i adresa bolnice u kojoj je izvršena prijavljena hirurška intervencija	
Ime i prezime ljekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	
Tačan naziv i vrsta izvršene hirurške intervencije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom)	
Uzrok nastanka osiguranog slučaja (hirurške intervencije)	
<b>Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije izvještaja specijaliste i uputa za odlazak u bolnicu, zajedno sa otpusnom listom sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom za konkretan osigurani slučaj iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije (operacije).</b>	

Teža bolest i posljedice bolesti	
Navesti datum kada se osigurano lice prvi put obratilo ljekaru sa simptomima bolesti, kada je i od koga utvrđena dijagnoza prijavljene teže bolesti	
Prepisati dijagnozu teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac	
U kojoj zdravstvenoj ustanovi ste se liječili zbog ovog osiguranog slučaja	
<b>Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije medicinske dokumentacije za konkretni osigurani slučaj i kopije izvještaja specijaliste ili bolnice iz kojih se može utvrditi da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog ljekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokrivena ovim osiguranjem i iz kojih se mogu vidjeti podaci o prijavljenoj težoj bolesti.</b>	

Izjava o načinu isplate odštete	
Tekući račun/Banka	
JMBG vlasnika tekućeg računa	

Ovim izjavljem da sam na sva pitanja odgovorio/la tačno, istinito i potpuno. Ovlašćujem ljekare koji me liječe ili koji su me ranije liječili da mogu pružiti sva obavještenja, koje osiguravač, u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem bude od njih tražio.

Saglasan/a sam da se moja lična dokumenta kopiraju za potrebe rješavanja mog odštetnog zahtjeva kod GRAWE neživotnog Osiguranja A.D.te da se u druge svrhe ne mogu upotrijebiti.

U \_\_\_\_\_ 202\_\_ god.

\_\_\_\_\_  
Potpis osiguranika ili korisnika osiguranja

Potvrda ugovarača osiguranja za prijavljenu štetu po osnovu kolektivnog osiguranja radnika	
Ugovarač osiguranja	
PIB	
<p>Ovim potvrđujemo da je _____ naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća – organizacije na određeno-neodređeno (zaokružiti) neprekidno od _____, i da je osiguran u slučaju težih bolesti/hirurških intervencija kolektivnim osiguranjem radnika kod GRAWE neživotnog osiguranja A.D. po polisi broj _____ počev od _____.</p> <p>Po navedenom ugovoru o osiguranju (polisi) premija je plaćena u cjelosti u iznosu od _____ eura, dana _____, odnosno plaća se u ratama, s tim što su do dana ove ovjere plaćene _____ rate u iznosu od _____ eura.</p> <p>U _____ 202__ god.</p> <p style="text-align: right;">_____ Potpis ovlašćenog lica i pečat preduzeća - organizacije</p>	

Popis neophodnih dokumenata koje je potrebno priložiti:

- 1) Ova prijava osiguranog slučaja,
- 2) Kompletna medicinska i druga dokumentacija (PH verifikacija-ako je rađena, potvrde...) – fotokopije,
- 3) Zdravstveni elektronski karton/epizoda pacijenta sa svim priložima - fotokopija,
- 4) Kartica žiro računa (obje strane) – fotokopija,
- 5) Ostala dokumentacija na zahtjev GRAWE neživotnog osiguranja A.D.