

**Prijava i zahtjev za naknadu štete NESRETNOG SLUČAJA UČENIKA/STUDENTA****1. OSIGURANIK – PODNOSITELJ ZAHTJEVA**

IME I PREZIME		ADRESA / GRAD / ULICA	
DATUM I MJESTO ROĐENJA		OIB	ZANIMANJE OSIGURANIKA
TELEFON / MOBILTEL	E-MAIL	IBAN - BROJ RAČUNA TEKUĆI/ŽIRO ZA ISPLATU ŠTETE	
BAVITE LI SE PROFESIONALNO ODREĐENIM SPORTOM? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		AKO DA, NAVESTI TOČNO KOJIM SPORTOM?	
DA LI STE ČLAN NEKOG SPORTSKOG KLUBA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		AKO DA, NAVESTI IME KLUBA I BROJ ČLANSKE ISKAZNICE	

2. PODACI O UGOVARATELJU

NAZIV ŠKOLE / FAKULTETA		OIB	POLICA OSIGURANJA
ADRESA / GRAD / ULICA		TELEFON / MOBILTEL	E-MAIL

3. PODACI O NESRETNOM SLUČAJU

DATUM I SAT NESRETNOG SLUČAJA		MJESTO NESRETNOG SLUČAJA/DOGAĐAJA	
DETALJAN OPIS NASTANKA NESRETNOG SLUČAJA / NA KOJI NAČIN SE DOGODIO, PRI KOJOJ DJELATNOSTI ILI SPORTU (PROFESIONALNO ILI REKREATIVNO), IZ KOJIH UZROKA I KAKVE SU OZLJEDE NASTALE /			
GDJE SE OSIGURANIK LIJEČIO ODMAH NAKON NESRETNOG SLUČAJA / NAVESTI BOLNICU, AMBULANTU, LIJEČNIKA/			
GDJE SE OSIGURANIK TREKUTNO LIJEČI / NAVESTI BOLNICU, AMBULANTU, LIJEČNIKA/			
OČEVIDCI / NAVESTI IMENA, PREZIMENA I ADRESE OČEVIDACA NESRETNOG SLUČAJA /			
JE LI NESRETNI SLUČAJ PRIJAVLJEN NADLEŽNOJ PP MUP-a <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		NAZIV I ADRESA POLICIJSKE POSTAJE	DATUM PRIJAVE
JE LI OSIGURANIK ZA VRIJEME NESRETNOG SLUČAJA BIO POD UTJECAJEM ALKOHOLA, DROGE ILI NARKOTIKA I JE LI SASTAVLJEN ZAPISNIK O ALKOTESTIRANJU ILI TEST NA DROGE ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE			
JE LI OSIGURANIK PRIJE OVOG NESRETNOG SLUČAJA IMAO TJELESNI NEDOSTATAK, OZLJEDU, BOLEST? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		AKO DA, NAVESTI TOČNO KOJU VRSTU OZLJEDE/BOLESTI I KADA JE BILA?	
JE LI RANIJA OZLJEDA IMALA ZA POSLJEDICU TRAJNI INVALIDITET ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		AKO DA, NAVESTI STUPANJ TRAJNOG INVALIDITETA	
IMA LI OSIGURNIK KOD DRUGIH OSIGURATELJA UGOVOR O OSIGURANJU OD NEZGODE? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		AKO DA, KOD KOJEG OSIGURATELJA I NAVEDITE BROJ POLICE	



4. PODACI ZA SLUČAJ SMRTI

DATUM, SAT I MJESTO NASTANKA SMRTI	ŠTO JE NEPOSREDNI UZROK SMRTI

5. PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA

IME I PREZIME OSOBE KOJA UZDRŽAVA OSIGURANIKA	ADRESA / GRAD / ULICA	SRODSTVO SA OSIGURANIKOM	
TELEFON / MOBITEL	E-MAIL	OIB	BROJ OSOBNE ISKAZNICE

6. POTREBNA DOKUMENTACIJA UZ PRIJAVU ŠTETE

<input type="checkbox"/> Polica osiguranja
<input type="checkbox"/> RODNI LIST & OIB DJETETA
<input type="checkbox"/> Tekući (žiro) račun DJETETA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA za isplatu naknade
<input type="checkbox"/> Cjelokupna medicinska dokumentacija po OKONČANJU liječenja
<input type="checkbox"/> U slučaju SMRTI: službena potvrda o smrti, NALAZ OBDUKCIJE (ukoliko je ista sačinjena)
<input type="checkbox"/> ZAPISNIK POLICIJE ili drugih nadležnih institucija o nastanku štete
<input type="checkbox"/> Zapisnik o alkotestu ili testu na droge
<input type="checkbox"/> Izjava očevidaca ili drugi dokazi o načinu nastanka nesretnog slučaja
<input type="checkbox"/> Ostala dokumentacija na zahtjev osiguratelja

7. OVLAŠTENJE OSIGURATELJA

Ovlašćujem **LIJEČNIKE** koji me liječe, kao i one koji su me liječili, da mogu pružiti sva izvješća koja osiguratelj u svezi s prijavljenim osiguranim slučajem bude od njih tražio.
Ovlašćujem **Adriatic osiguranje d.d.** da od svih državnih institucija, ustanova, sudova [MUP, sudovi, inspektorati liječničke ordinacije itd.] traži i ima pravo uvida u svu dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi sa prijavljenim nesretnim slučajem.
U vrijeme prijave štete osiguranik upisuje sve podatke koji su mu u tom trenutku poznati, dok je sve ostale podatke **DUŽAN** prijaviti **ODMAH** po saznanju.

ZA ISTINITOST GORE NAVEDENIH PODATAKA ODGOVARAM MATERIJALNO I KAZNENO

MJESTO I DATUM PRIJAVE	POTPIS PODNOSITELJA ZAHTEVA

POTVRDA ŠKOLE / FAKULTETA

Potvrđuje se da je _____ učenik / student ove (og) škole / fakulteta osiguran (a) od posljedica nesretnog slučaja učenika / studenata policom osiguranja broj _____.

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

Zbog ozljeda koje je imao u svezi s navedenim nesretnim slučajem nije polazio školu/fakultet (nije bio sposoban za školski rad) u vremenu od _____ do _____.

U _____ dana, _____ 20 ____ .god. (pečat i potpis odgovorne osobe)

POTVRDA LIJEČNIKA

Liječnik /ca/ Dr. _____ potvrđuje da je učenik / student _____ uslijed opisanog nesretnog slučaja imao ozljede i to:

Je li liječenje završeno? DA / NE

NEPOSREDNE posljedice ovih ozljeda su:

1. NESPOSOBNOST za nastavni rad od _____ do _____.
2. TRAJNI GUBITAK opće radne sposobnosti : DA / NE . Očituje se kao _____.
3. SMRT kao isključiva posljedica nesretnog slučaja [nastupila je dana _____].

U _____ dana, _____ 20 ____ .god. (pečat i potpis liječnika)