

PRIJAVA TEŠKE BOLESTI

Podaci o ugovaraču osiguranja	
Ugovarač osiguranja	
Broj police osiguranja	
JMBG/ID broj	
Adresa	
Kontakt email I broj telefona	
Upisom e-maila dajem saglasnost za elektronsku komunikaciju. Odluke osiguravača će biti dostavljene isključivo elektronskim putem. O svakoj izmjeni komunikacije putem elektronske pošte se mora bez odlaganja obavijestiti osiguravača.	e-mail: _____
Podaci o osiguraniku	
Ime i prezime osiguranika	
JMBG	
Naziv doma zdravlja u kojem se vodi zdravstveni karton osiguranika	
Podaci o bolesti	
Datum nastanka bolesti? (datum kada je ustanovljena/potvrđena bolest)	
Da li je osiguranik prethodno bolovao od neke teže bolesti? Ukoliko jeste, navedite koje.	
Naziv ustanove, te ime i prezime liječnika koji je osiguraniku pružio prvu pomoć po predmetnoj bolesti.	
Naziv ustanove, te ime i prezime liječnika koji je liječio osiguranika po predmetnoj bolesti.	
Da li osigurnik posjeduje još neko životno osiguranje? Ukoliko posjeduje, navedite osiguravajuće društvo i broj police osiguranja.	

PODACI ZA UPLATU NAKNADE IZ OSIGURANJA – Korisnik 1	
Ime i prezime i JMBG	
Adresa prebivališta	
E-mail I kontakt telefon	
Naziv banke	
Transakcijski broj računa	

	PODACI ZA UPLATU NAKNADE IZ OSIGURANJA – Korisnik 2																	
Ime i prezime i JMBG																		
Adresa prebivališta																		
E-mail I kontakt telefon																		
Naziv banke																		
Transakcijski broj računa																		

	PODACI ZA UPLATU NAKNADE IZ OSIGURANJA – Korisnik 3																	
Ime i prezime i JMBG																		
Adresa prebivališta																		
E-mail I kontakt telefon																		
Naziv banke																		
Transakcijski broj računa																		

	PODACI ZA UPLATU NAKNADE IZ OSIGURANJA – Korisnik 4																	
Ime i prezime i JMBG																		
Adresa prebivališta																		
E-mail I kontakt telefon																		
Naziv banke																		
Transakcijski broj računa																		

Svojevoljno i pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da su sve gore navedene informacije istinite i potpune, te da ću snositi sve zakonske posljedice u slučaju neistinitih i/ili nepotpunih informacija.

Da li ste saglasni da se informacije o cjelokupnom predmetu, te obradi istog, mogu ustupiti zastupniku? Ukoliko jeste, molimo Vas da navedete ime i prezime zastupnika kojem će se ove informacije ustupiti.

Punomoć

Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje akata sudskih, izvršnih, te drugih organa vlasti, relevantnih za obradu ovoga zahtjeva.

Punomoć

Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje medicinske dokumentacije, te pribavljanje kopija iste u svrhu obrade ovoga zahtjeva.

Datum i mjesto podnošenja prijave

Potpis podnosioca prijave

Potpis ovlaštenog primaoca prijave

Datum dospjeća u Odjel šteta

Uz prijavu prilažem i sljedeću dokumentaciju:

- ☐ Kopiju zdravstvenog kartona osiguranika;
- ☐ Raspoloživu medicinsku dokumentaciju vezanu za bolest koja je nastupila;

- ☐ Doznake o bolovanju za bolest koja se prijavljuje (samo za zaposlene);
- ☐ Tekući/žiro račun banke.