**PRIJAVA TEŠKE BOLESTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podaci o ugovaraču osiguranja | | |
| Ugovarač osiguranja |  | |
| Broj police osiguranja |  | |
| JMBG/ID broj |  | |
| Adresa |  | |
| Kontakt telefon i email |  |  |
| Podaci o osiguraniku | | |
| Ime i prezime osiguranika |  | |
| JMBG |  | |
| Naziv doma zdravlja u kojem se vodi zdravstveni karton osiguranika |  | |
| Podaci o korisnicima osiguranja | Korisnik 1 | Korisnik 2 |
| Ime i prezime |  |  |
| Adresa |  |  |
| JMBG |  |  |
| Kontakt telefon |  |  |
| Transakcijski račun |  |  |
| Podaci o bolesti | | |
| Datum nastanka/početka bolesti |  | |
| 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. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 dospijeća 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.