AGRAM JADRANSKO OSIGURANJE d.d.

PRIJAVA NESRETNOG SLUČAJA UČENIKA / STUDENTA

OSNOVNA ŠKOLA ANTUNA MIHANOVIĆA PETROVSKO
PETROVSKO 58 - Tel: 049/300-717, fax: 348-187
OIB: 29768513109,

01. UGOVARATELJ OSIGURANJA		
1.1.	NAZIV ŠKOLE - FAKULTETA	
1.2.	ADRESA I TELEFON	
1.3.	POLICA OSIG. (broj i period važenja)	OV 0682025243 , 1.9.2015. - 1.9.2016.
02. OSIGURANIK		
2.1.	PREZIME I IME	
2.2.	Datum i mjesto rođenja & oib	
2.3.	ADRESA I TELEFON	
03. PODACI O NESRETNOM SLUČAJU		
3.1.	Mjesto, datum i sat nesretnog slučaja	
3.2.	DETALJAN OPIS DOGAĐAJA (kako je došlo do nesretnog slučaja, pri kojoj djelatnosti ili sportu, iz kojih uzroka i koje je ozljede prouzročio)	
3.3.	Kojim sportom se bavite rekreativno, amaterski ili profesionalno?	
3.4.	Da li je zbog zadobivenih ozljeda ozlijeđeni umro ili još postoji opasnost po njegov život?	
3.5.	Ime i adresa očevidaca nesretnog slučaja	
3.6.	Koja je zdravstvena ustanova ozlijeđenom pružila prvu pomoć?	
3.7.	Da li je liječenje završeno, a ako nije u kojoj se zdravstvenoj ustanovi osiguranik sada liječi?	
3.8.	U kojoj se zdravstvenoj ustanovi nalazi zdravstveni karton osiguranika?	
3.9.	Da li je osiguranik ranije pretrpio tjelesnu ozljedu i ako jest koju ozljedu i kada?	
3.10.	Da li je ta ranija ozljeda imala za posljedicu trajni invaliditet i u kojem stupnju?	
3.11.	Da li je osiguranik ranije imao neku tjelesnu manu ili nedostatak i kakvu ?	
3.12.	Da li je osiguranik za vrijeme nesretnog slučaja bio pod utjecajem alkohola ili droga?	
3.13.	Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i tko je vodio istragu?	
04. PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA		
4.1.	Tko uzdržava osiguranika?	
4.2.	Adresa i telefon	
4.3.	Broj osobne iskaznice	
4.4.	Srodstvo s osiguranikom	
4.5.	Obvezno dostaviti	Tekući (žiro) račun, rodni list & oib djeteta

(potpis roditelja, staratelja,
korisnika ili ugovaratelja osiguranja)

U _____ dana, _____20__.god.

AGRAM JADRANSKO OSIGURANJE d.d.

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(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:

Neposredne su posljedice ovih ozljeda:

1. nesposobnost za školski rad od _____do_____

2. trajan 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)