

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja kako biste nam omogućili
brže rješavanje Vašeg zahtjeva.

PRIJAVA RADNE NESPOSOBNOSTI

Podaci o ugovaraču osiguranja	
Ime i prezime (firma) ugovarača osiguranja	
Broj police osiguranja	
JMBG/ID broj	
Adresa	
Kontakt telefon i email	
Podaci o osiguraniku	
Ime i prezime osiguranika	
JMBG	
Adresa	
Kontakt telefon i email	
Zaposlenje i radno mjesto	
Naziv doma zdravlja u kojem se vodi zdravstveni karton osiguranika	
Podaci o bolesti	
Datum nastanka/početka bolesti	
Početak radne nesposobnosti	
Predviđeno trajanje radne nesposobnosti	
Razlog radne nesposobnosti	
Da li je osiguranik prije ove bolesti imao oboljenje druge vrste, tjelesnu manu ili neki oblik zdravstvenih tegoba? Ukoliko jeste, navedite koje.	
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.	

<p>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.</p>		
<p style="text-align: center;">Punomoć</p> <p>Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje akata sudskih, izvršnih, te drugih organa vlasti, relevantnih za obradu ovoga zahtjeva.</p>		<p style="text-align: center;">Punomoć</p> <p>Svojim potpisom opunomoćujem GRAWE osiguranje d.d. Sarajevo za prikupljanje medicinske dokumentacije, te pribavljanje kopija iste u svrhu obrade ovoga zahtjeva.</p>
Datum i mjesto podnošenja prijave		
Potpis podnosioca prijave		
Potpis ovlaštenog primaoca prijave		
Datum dospijeaća u Odjel šteta		

Uz prijavu prilažem i sljedeću dokumentaciju:

- Kopiju zdravstvenog kartona osiguranika;
- Liječnički nalaz sa prvog pregleda;
- Otpusnu listu/potvrdu o danima provedenim u bolnici;
- Doznake o bolovanju.