

### Ugovaratelj osiguranja

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prezime, ime / naziv tvrtke		Broj telefona
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poštanski broj	Mjesto, ulica i kućni broj	OIB

### Osigurana osoba

<input type="text"/>			
Prezime, ime / naziv tvrtke			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum rođenja	OIB	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poštanski broj	Mjesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	Broj telefona/faksa		

### Prijava troškova

**Dodatnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja**
 **Dnevne naknade za boravak u bolnici**

### Podaci o polici:

<input type="text"/>
Broj police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
<input type="text"/>
Naziv programa / paketa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

### Specifikacija plaćenih zdravstvenih usluga (npr. participacije i doplate iz obveznog zdrav. osig.)

Broj računa	Ustanova izdavanja	Vrsta zdravstvene usluge/troškova	Datum nastanka usluge	Iznos usluge / kn
Ukupan iznos troškova:				<input type="text"/>

### Podaci o boravku u bolnici

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum prijema u bolnicu	Datum odlaska iz bolnice
Razlog boravka u bolnici:	<input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> nezgda <input type="checkbox"/> porod
<input type="text"/>	
Ako je uzrok boravka u bolnici bolest - navesti bolest /nezgda - opisati događaj i posljedice	

### Uplatu izvršiti na račun

<input type="text"/>
Naziv banke i IBAN vašeg računa

#### Popis potrebnih dokumenata:

Za prijavu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja molimo dostaviti **original računa** i **kopiju cjelokupne medicinske dokumentacije**.  
Za prijavu boravka u bolnici molimo dostaviti otpusno pismo. Kod nastupa nesretnog slučaja priložiti i **zapisnik o očevidu** i **zapisnik o alkotestiranju**, ako je sastavljen.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji me liječe, kao i one koji su me ranije liječili, kao i nostitelje dobrovoljnog i obveznog zdravstvenog osiguranja da mogu pružiti sva izvješća koja osiguravatelj u svezi s prijavljenim slučajem bude od njih tražio te ih oslobada čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem osiguratelja da od svih držvanih organa, ustanova, sudova traži i ima pravo uvida u dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi s prijavljenim nesretnim slučajem.

Datum, mjesto

Potpis osiguranika / Podnosioca prijave

Odgovarajuće označite