

## ПРИЈАВА БОЛЕСТИ

GRAWE ELITE

Штета бр. \_\_\_\_\_

### 1. Подаци о уговарачу и осигуранику:

Уговарач осигурања: ЈМБГ - _____	Полиса бр. _____
Име и презиме/фирма: _____	Тел./мобилни _____
Адреса: _____	_____
_____ бр. поште _____ мјесто _____	улица и број _____

Осигураник: ЈМБГ - _____	Телефом/мобилни _____
Име и презиме _____	_____
Адреса: _____	_____
_____ бр. поште _____ мјесто _____	улица и број _____

### 2. Подаци о предметној болести:

Датум почетка болести: _____	Датум почетка боловања _____
У којим здравственим установама сте се лијечили? _____	_____
Име, презиме и адреса Вашег лекара опште медицине _____	_____
Да ли сте прије боловали од какве теже болести и које? _____	_____
Да ли сте имали губитак опште радне способности? _____	_____

За тачност података наведених у овом захтјеву за накнадом штете одговарам материјално и кривично те сносим све посљедице које из тога произађу. Овлашћујем Grawe осигурање а.д. да изврши увид у комплетну медицинску документацију. Такођер овлашћујем надлежног лекара опште медицине да на писмени захтјев Grawe осигурање а.д. допусти копирање цјелокупног здравственог картона и друге медицинске документације.

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_ потпис уговарача осигурања

\_\_\_\_\_ потпис осигураника

**Молимо Вас да уз пријаву приложите сљедећу документацију:**

1. Копију здравственог картона осигураника;
2. Сву расположиву медицинску документацију везану за болест која је наступила;
3. Дознаке о боловању, оригиналне или овјерене копије за болест која се пријављује (само за запослене).