

<b>1. BROJ POLICE</b>		<b>BROJ ŠTETE (ispunjava WŽO)</b>
<b>2. PODNOSITELJ PRIJAVE</b>		
Ime i prezime		OIB
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto
Tel./GSM	E-mail	
<b>3. UGOVARATELJ</b>		
Ime i prezime		OIB
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto
<b>4. OSIGURANIK / DIJETE OSIGURANE OSOBE</b>		
Ime i prezime		OIB
Ulica, kućni br.	Poštanski broj	Mjesto
Datum rođenja	Zanimanje	Sporedno zanimanje
<b>5. PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU</b>		
Molimo Vas da navedete točnu dijagnozu bolesti/stanja:		
Kada su se pojavili prvi simptomi? (navedite datum)		
Jeste li i ranije imali iste ili slične poteškoće (zaokružite)? Ako jeste, molimo navedite detalje uključujući i datume.		DA      NE
Jeste li posjetili liječnika, fizioterapeuta ili drugog stručnjaka u vezi s navedenim stanjem (zaokružite)? Ako jeste, molimo navedite ime i prezime te naziv ustanove:		DA      NE
a) .....		
b) .....		
c) .....		
Prema Vašem mišljenju, koji bi od navedenih mogao dati najviše informacija o Vašem stanju (zaokružite)?    a)          b)          c)		

Jeste li boravili izvan područja Republike Hrvatske, Europske unije, Sjedinjenih Američkih Država ili Kanade više od 13 uzastopnih tjedana tijekom bilo kojih 12 mjeseci? Ako da, gdje ste boravili?

Je li liječnik specijalističke medicine koji je sudjelovao u liječenju srodnik ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika osiguranja po krvi u pravoj liniji, u pobočnoj liniji do četvrtog stupnja ili mu je bračni drug, izvanbračni drug ili srodnik po tazbini do drugog stupnja bez obzira na to je li brak prestao ili nije? Ukoliko jest, molimo Vas da navedete njegovo ime i prezime.

Imate li kakvih dodatnih napomena?

#### 6. PODACI ZA ISPLATU (odnosi se na osiguranika)

Naziv, broj i izdavatelj identifikacijske isprave<sup>1</sup>

Broj računa za isplatu

Naziv banke

**Jamstvo za potpunost i istinitost podataka u prijavi:** Potvrđujem da sam razumio/-la sva postavljena pitanja na koja sam odgovorio/-la istinito i potpuno bez prešućivanja podataka, odnosno okolnosti. **Odobrenje Wüstenrot životnom osiguranju d.d. da prikuplja podatke i oslobodjenje od čuvanja profesionalne tajne:** Ovlašćujem Wüstenrot životno osiguranje d.d. da prikuplja sve podatke, odnosno obavijesti koje su u vezi s nastankom osiguranog slučaja i oslobađam sve upitane liječnike zaposlene u zdravstvenim ustanovama ili u privatnoj praksi te zdravstvene ustanove i državna tijela od obveze da takve podatke i obavijesti čuvaju kao profesionalnu tajnu.

**Uz prijavu, molimo Vas da dostavite i sljedeće dokumente:** izvornik police osiguranja života, dokaz o datumu rođenja osiguranika/djeteta osigurane osobe (izvadak iz matične knjige rođenih), presliku cjelokupne medicinske dokumentacije, presliku cjelokupnog zdravstvenog kartona liječnika opće prakse, presliku osobne iskaznice/putovnice osiguranika/djeteta osigurane osobe te po potrebi ostalu dokumentaciju na zahtjev osiguratelja.

Mjesto, datum prijave	Potpis podnositelja prijave	Potpis osiguranika
-----------------------	-----------------------------	--------------------

<sup>1</sup> Osobna iskaznica ili putovnica.