

Broj polise:

Broj štetnog akta:



Prijava o nastanku teške bolesti GRAWE – ELITE

e-mail: stete@grawe.rs

Osiguranik	Ime i prezime		JMBG	
	Adresa (ulica i broj)		Mesto	
	E-mail adresa		Broj telefona	
	Opis poslova koje obavljate ili ste obavljali na radnom mestu i naziv preduzeća gde ste zaposleni			
Korisnik/ci	Ime i prezime	Adresa i mesto		Kontakt telefon, e-mail
Podaci o bolesti	1. Naziv bolesti			
	2. Početak bolesti (dan, mesec, godina)			
	_____ . _____ . _____ godine			
	3. Trajanje odsustva sa posla (bolovanje)			
	od _____ . _____ . godine do _____ . _____ . godine			
	4. U kojim zdravstvenim ustanovama ste se lečili?			
5. a) Ime i prezime Vašeg izabranog lekara opšte prakse?				
b) Dom zdravlja u kome se lečite?				
6. Da li ste ranije bolovali od neke teške bolesti i koje? Ako je odgovor DA, upišite naziv bolesti.				
			<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

Potrebna dokumentacija:

1. Popunjena prijava Grawe Elite;
2. Medicinska dokumentacija o toku lečenja i Zdravstveni karton (fotokopija overena od strane zdravstvene ustanove);
3. Sva ostala dokumentacija vezana za osigurani slučaj na zahtev
4. Fotokopija lične karte korisnika;
5. Fotokopija računa korisnika.

Za tačnost podataka navedenih u ovoj prijavi odgovaram materijalno i krivično i snosim sve posledice koje iz toga proisteknu. Ovlašćujem GRAWE osiguranje a.d.o. da izvrši uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju. Takođe ovlašćujem nadležnog lekara opšte prakse da na pisani zahtev GRAWE osiguranje a.d.o. dozvoli kopiranje celokupnog zdravstvenog kartona, odnosno drugu medicinsku dokumentaciju (anamnestički podaci, otpusno pismo i dr.).

Izjavljujem da sam:

- primio/la, pročitao/la i razumeo/la Informacije o obradi podataka o ličnosti, koje se nalaze u prilogu ovog dokumenta i čine njegov sastavni deo;
- saglasan/na da GRAWE osiguranje a.d.o. u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju može obrađivati podatke o ličnosti vezane za moje zdravstveno stanje; i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđujem.

.....
Mesto i datum.....
Potpis ugovarača / osiguranika / korisnika