

Prijava i zahtjev za naknadu štete **NESRETNOG SLUČAJA DJETETA/UČENIKA/STUDENTA**
**1. PODACI O UGOVARATELJU**

IME I PREZIME ILI NAZIV USTANOVE	OIB	BROJ POLICE OSIGURANJA
ADRESA / GRAD / ULICA	TELEFON / MOBITEL	E-MAIL

**2. PODACI O OSIGURANIKU (podnositelju zahtjeva)**

IME I PREZIME	ADRESA / GRAD / ULICA	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	OIB	TELEFON / MOBITEL
E-MAIL	IBAN - BROJ RAČUNA TEKUĆI / ŽIRO ZA ISPLATU ŠTETE	
BAVITE LI SE AMATERSKI ILI PROFESIONALNO ODREĐENIM SPORTOM? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	AKO DA, NAVESTI TOČNO KOJIM SPORTOM?	
DA LI STE ČLAN NEKOG SPORTSKOG KLUBA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	AKO DA, NAVESTI IME KLUBA I BROJ ČLANSKE ISKAZNICE	

**3. PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA (ispunjava se kada je osiguranik maloljetna osoba)**

IME I PREZIME OSOBE KOJA UZDRŽAVA OSIGURANIKA	ADRESA / GRAD / ULICA	SRODSTVO SA OSIGURANIKOM
TELEFON / MOBITEL	E-MAIL	OIB
BROJ OSOBNE ISKAZNICE	IBAN - BROJ RAČUNA TEKUĆI / ŽIRO ZA ISPLATU ŠTETE	

**4. PODACI O NESRETNOM SLUČAJU**

DATUM I SAT NESRETNOG SLUČAJA	MJESTO NESRETNOG SLUČAJA / DOGAĐAJA	
<b>DETALJAN OPIS NASTANKA NESRETNOG SLUČAJA</b> / NA KOJI NAČIN SE DOGODIO, PRI KOJOJ DJELATNOSTI ILI SPORTU ( <b>PROFESIONALNO, AMATERSKI ILI REKREATIVNO</b> ), IZ KOJIH UZROKA I KAKVE SU OZLJEDE NASTALE /		
GDJE SE OSIGURANIK LIJEČIO <b>ODMAH NAKON NESRETNOG SLUČAJA</b> / NAVESTI BOLNICU, AMBULANTU, LIJEČNIKA /		
GDJE SE OSIGURANIK <b>TRENUTNO LIJEČI</b> / NAVESTI BOLNICU, AMBULANTU, LIJEČNIKA /		
OČEVIDCI / NAVESTI IMENA, PREZIMENA I ADRESE OČEVIDACA NESRETNOG SLUČAJA /		
JE LI NESRETNI SLUČAJ PRIJAVLJEN NADLEŽNOJ PP MUP-a	NAZIV I ADRESA POLICIJSKE POSTAJE	DATUM PRIJAVE

JE LI OSIGURANIK ZA VRIJEME NESRETNOG SLUČAJA BIO POD UTJECAJEM ALKOHOLA, DROGE ILI NARKOTIKA I JE LI SASTAVLJEN ZAPISNIK O ALKOTESTIRANJU ILI TEST NA DROGE ?	DA	NE
JE LI OSIGURANIK PRIJE OVOG NESRETNOG SLUČAJA IMAO TJELESNI NEDOSTATAK, OZLJEDU, BOLEST?	AKO DA, NAVESTI TOČNO KOJU VRSTU OZLJEDE/BOLESTI I KADA JE BILA?	
JE LI RANIJA OZLJEDA IMALA ZA POSLJEDICU TRAJNI INVALIDITET ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	AKO DA, NAVESTI STUPANJ TRAJNOG INVALIDITETA	
IMA LI OSIGURNIK KOD DRUGIH OSIGURATELJA UGOVOR O OSIGURANJU OD NEZGODE? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	AKO DA, KOD KOJEG OSIGURATELJA I NAVEDITE BROJ POLICE	

## 5. PODACI ZA SLUČAJ SMRTI

DATUM, SAT I MJESTO NASTANKA SMRTI	ŠTO JE <b>NEPOSREDNI</b> UZROK SMRTI
------------------------------------	--------------------------------------

## 6. POTREBNA DOKUMENTACIJA UZ PRIJAVU ŠTETE

<input type="checkbox"/> Polica osiguranja
<input type="checkbox"/> <b>RODNI LIST &amp; OIB DJETETA</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tekući (žiro) račun DJETETA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA</b> za isplatu naknade
<input type="checkbox"/> Cjelokupna medicinska dokumentacija po <b>OKONČANJU</b> liječenja
<input type="checkbox"/> U slučaju SMRTI: službena potvrda o smrti, <b>NALAZ</b> OBDUKCIJE (ukoliko je ista sačinjena)
<input type="checkbox"/> ZAPISNIK POLICIJE ili drugih nadležnih institucija o nastanku štete
<input type="checkbox"/> Zapisnik o alkoestu ili testu na droge
<input type="checkbox"/> Izjava očevidaca ili drugi dokazi o načinu nastanka nesretnog slučaja
<input type="checkbox"/> Ostala dokumentacija na zahtjev osiguratelja

## 7. OVLAŠTENJE OSIGURATELJA

**Ovlašćujem LIJEČNIKE** koji me liječe, kao i one koji su me liječili, da mogu pružiti sva izvješća koja osiguratelj u svezi s prijavljenim osiguranim slučajem bude od njih tražio.

**Ovlašćujem Adriatic osiguranje d.d.** da od svih državnih institucija, ustanova, sudova [MUP, sudovi, inspektorati liječničke ordinacije itd.] traži i ima pravo uvida u svu dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi sa prijavljenim nesretnim slučajem.

U vrijeme prijave štete osiguranik upisuje sve podatke koji su mu u tom trenutku poznati, dok je sve ostale podatke **DUŽAN** prijaviti **ODMAH** po saznanju.

--

ZA ISTINITOST GORE NAVEDENIH PODATAKA ODGOVARAM MATERIJALNO I KAZNENO  
 POTPISOM OVOG OBRASCA POTVRĐUJEM DA SAM PRIMIO, PROČITAO I RAZUMIO INFORMACIJE O OBRADI OSOBNIH PODATAKA

MJESTO I DATUM PRIJAVE	POTPIS PODNOSITELJA ZAHTEVA ILI KORISNIKA OSIGURANJA
------------------------	--

## POTVRDA VRTIĆA / ŠKOLE / FAKULTETA

Potvrđuje se da je \_\_\_\_\_ dijete / učenik / student ove-(og) vrtića / škole / fakulteta osiguran-(a) od posljedica nesretnog slučaja djece / učenika / studenata policom osiguranja broj \_\_\_\_\_.

Premija po toj polici plaćena je za razdoblje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

Zbog ozljeda koje je imao-(la) u svezi s navedenim nesretnim slučajem nije polazio-(la) vrtić / školu / fakultet (nije bio sposoban-(la) za pohađanje pedagoške ustanove) u vremenu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

U \_\_\_\_\_ dana, \_\_\_\_\_ 202\_\_ .god.

(pečat i potpis odgovorne osobe)

## POTVRDA LIJEČNIKA

Liječnik /ca/ Dr. \_\_\_\_\_ potvrđuje da je dijete / učenik / student

\_\_\_\_\_ uslijed opisanog nesretnog slučaja imao-(la) ozljede i to:

Je li liječenje završeno?    DA / NE

**NEPOSREDNE posljedice ovih ozljeda su:**

1. NESPOSOBNOST za nastavni rad od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

2. TRAJNI GUBITAK opće radne sposobnosti : DA / NE . Očituje se kao \_\_\_\_\_

3. SMRT kao isključiva posljedica nesretnog slučaja [nastupila je dana \_\_\_\_\_ ].

U \_\_\_\_\_ dana, \_\_\_\_\_ 202\_\_ .god.

(pečat i potpis liječnika)

## INFORMACIJE O OBRADI PODATAKA

- ADRIATIC osiguranje d.d., Zagreb, Listopadska 2, OIB 94472454976 (u daljnjem tekstu: Društvo) prikuplja i obrađuje osobne podatke klijenata. Društvo je odgovorno za adekvatnu zaštitu osobnih podataka i kao takvo se pridržava svih pravnih normi o obradi, zaštiti, povjerljivosti, postupanju i čuvanju osobnih podataka. Osobne podatke koji su predmet obrade obrađujemo na način i u opsegu kako je to definirano u Uredbi (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. godine, pronalazeći pravni temelj za obradu Vaših osobnih podataka u relevantnim odredbama mjerodavnih zakona i propisa.
  - Vaše podatke prikupljamo i obrađujemo pošteno u svrhu obrade Vašeg zahtjeva za sklapanjem ugovora o osiguranju, izračuna visine premije, rješavanja Vašeg odštetnog zahtjeva, naplate zakasnele premije ili odgovora na upite. Pritom opseg osobnih podataka koje prikupljamo ovisi o vrsti ugovora o osiguranju koji namjeravate sklopiti ili sklapate, te zahtjevu za ostvarivanjem prava iz osiguranja. Obrada osobnih podataka je nužna za izvršavanje ugovora i radi poštovanja pravnih obveza Društva. Osobne podatke koji su potrebni za sklapanje osiguranja i procjenu rizika koja mu prethodi prikupljamo sukladno pravilima struke i djelatnosti Društva. Sklapanjem ugovora o osiguranju ujedno dajete suglasnost Društvu da od trećih osoba prikuplja Vaše osobne podatke koje ste u skladu s propisanom svrhom otkrili tim trećim osobama, a koji su Društvu nužni za ispunjenje zakonskih obveza ili obveza po ugovoru o osiguranju.
  - Obrada osobnih podataka nužnih za svrhe izravnog marketinga Društva (obavijesti o istecima ugovora o osiguranju, novim proizvodima, izmjeni postojećih proizvoda i usluga) i za potrebe istraživanja tržišta je legitiman interes Društva, osim kada, od legitimnog interesa Društva, prednost ima Vaš interes, odnosno Vaša temeljna prava i slobode koji zahtijevaju zaštitu osobnih podataka.
  - Osobni podaci koje prikupljamo i obrađujemo, odnosno bez kojih ne možemo sklopiti ugovor ili ispuniti obveze iz ugovora o osiguranju, su:
    - ime i prezime, adresa, prebivalište ili boravište, adresa za dostavu pismena, Vaši identifikacijski brojevi, datum rođenja, kontakt podaci, podaci o predmetu, po potrebi, identifikacijska isprava. Osobne podatke možemo prikupljati na temelju Vaše izjave ili uvidom u Vaše dokumente, odnosno uzimanjem preslike Vaših dokumenata kada je to propisano zakonom ili našim internim procedurama.
  - Podatke o članstvu u pojedinim interesnim organizacijama (primjerice, članstvo u sindikatu) i podatke o invaliditetu Društvo će obrađivati kao osobne podatke koje ste nam očitito dali i objavili isključivo radi ostvarivanja određenih pogodnosti kod sklapanja ugovora o osiguranju.
  - Sljedećim kategorijama primatelja možemo po potrebi otkriti Vaše podatke, ali isključivo u svrhe koje su navedene: posrednicima u osiguranju i reosiguranju, društvima za osiguranje i reosiguranje, zdravstvenim ustanovama, stručnjacima i vještacima (odvjetnici, detektivi, procjenitelji, medicinski vještaci), te tvrtkama koje obavljaju usluge asistencije (ako je ugovorena). Svi primatelji Vaših podataka poštuju odgovarajuće tehničke i zaštitne mjere kako bi se osigurala zaštita Vaših prava. Osobni podaci ispitanika mogu biti prosljeđeni Hrvatskom uredu za osiguranje, Ministarstvu unutarnjih poslova,
- Centru za vozila Hrvatske, Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga ili drugom nadležnom tijelu u svrhu slanja izvještaja ili ispunjenja drugih zakonskih obveza kada je zakonom propisana obveza slanja tih podataka.
- Osobni podaci pohranjivat će se na propisanim mjestima i bit će onoliko dugo pohranjeni koliko je potrebno radi ispunjenja svrhe za koju su i obrađivani. Svi osobni podaci koji se prikupljaju i obrađuju mogu se povući iz obrade na Vaš zahtjev, osim i ako postoji zakonska obveza Društva ili legitimni interes (npr. sudski spor) za vremenski dulju pohranu.
- Ako odbijete dati pojedine podatke, nećemo moći ispuniti svoje zakonske ili ugovorne obveze, što će rezultirati nemogućnošću sklapanja ugovora ili nemogućnošću ispunjenja obveze po ugovoru.
- Vaše podatke obrađujemo unutar Europskog gospodarskog pojasa. U slučaju eventualne potrebe prijenosa osobnih podataka izvan tog područja, takav prijenos će se odvijati samo ako je Europska komisija potvrdila da treća zemlja ispunjava određenu razinu zaštite podataka ili ako postoje odgovarajuće mjere zaštite.
- Vaši osobni podaci bit će predmetom automatizirane obrade na temelju koje će po potrebi biti izrađen Vaš profil klijenata u svrhu analize usluga i ostvarenih prava te unaprjeđivanja kvalitete poslovnog odnosa.
- Vaša prava možete ostvariti u našem Društvu podnošenjem zahtjeva u pisanom obliku na elektronsku adresu [dpo@adriatic-osiguranje.hr](mailto:dpo@adriatic-osiguranje.hr) ili na adresu sjedišta Društva - n/p službeniku za zaštitu podataka, Listopadska 2, Zagreb. To su:
  - pravo na pristup podacima
  - pravo na ispravak i upotpunjavanje podataka
  - pravo na ograničavanje automatizirane obrade podataka (ako je primjenjivo)
  - pravo na prenosivost Vaših osobnih podataka ili brisanje osobnih podataka (ako je primjenjivo)
  - pravo uskrate privole za obradu osobnih podataka u marketinške svrhe
  - pravo na podnošenje prigovora ili reklamacije na obradu osobnih podataka - podrazumijeva Vaše pravo na podnošenje prigovora/reklamacije, ako smatrate da su Vaši osobni podaci korišteni suprotno propisima.
- Obrazac zahtjeva za ostvarivanje nekog od Vaših navedenih prava dostupan je na [www.adriatic-osiguranje.hr](http://www.adriatic-osiguranje.hr).
- Svi Vaši zahtjevi i pritužbe bit će riješeni u skladu sa zakonskim propisima i u propisanim rokovima, a najkasnije u roku od 30 dana od dana zaprimanja, nakon što nesporno utvrdimo Vaš identitet.
- Ako niste zadovoljni našim odlukama i smatrate da su povrijeđena Vaša prava, možete se obratiti Agenciji za zaštitu osobnih podataka, Selska cesta 136, Zagreb.
- Kontakt podaci službenika za zaštitu podataka:
  - tel. 01 3036 715
  - e-mail: [dpo@adriatic-osiguranje.hr](mailto:dpo@adriatic-osiguranje.hr)

ADRIATIC osiguranje d.d.