

MEDICINSKI UPITNIK ZA OSIGURANI SLUČAJ PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI ZA RAD (BOLOVANJA)

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, OIB 45237012600, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb, Hrvatska



Ispunjava izabrani liječnik

Osiguranik	Ime i prezime osiguranika		OIB	Zanimanje
	Datum rođenja	e-mail	Telefon	
	Poštanski broj	Mjesto	Adresa	

IZJAVA

Ime i prezime izabranog liječnika

Ja svojim potpisom na kraju ovog medicinskog upitnika potvrđujem istinitost podataka o gore navedenom Osiguraniku.

Izabrani sam liječnik Osiguranika od (upisati datum)

Ukupno neprekidno bolovanje trajalo je od do

Uzrok mu je bila ☐ bolest ☐ nezgoda (označiti) te da se liječio pod šifrom (upisati šifru bolesti/stanja)

Navedena šifra bolesti/stanja Osiguraniku je prvi puta dijagnosticirana (upisati datum)

Potvrđujem da je Osiguranik bio u zadnjih 12 mjeseci privremeno nesposoban za rad (bolovanje) zbog nezgode, bolesti ili rodiljnog dopusta u sljedećim razdobljima:

Razdoblje od - do	Uzrok (označiti s x)	Šifra pod kojom se vodila privremena nesposobnost za rad	Datum kada je Osiguraniku prvi put dijagnosticirana bolest/stanje pod navedenom šifrom
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		
-	☐ bolest ☐ nezgoda ☐ rodiljni		

Ispunjeni Upitnik u zatvorenoj koverti poslati na adresu:

Sava osiguranje, d.d. - Podružnica Hrvatska, Služba šteta, R. Frangeša Mihanovića 9, 10110 Zagreb

Mjesto i datum

M.P.

Potpis liječnika