

Područni ured _____

Ispostava _____

(adresa)

Tiskanica PB

(datum primitka)	(šifra ovlaštenog radnika)
(Redni broj prijave)	(Pečat i potpis ovlaštenog radnika)
Ispunjava služba Zavoda	

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE

Redni broj	PITANJA		ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Obveznik podnošenja prijave (poslodavac)	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2		Broj obveze obveznika	
3		Vrsta i grana djelatnosti i šifra	
4		Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina - za brodove ime broda)	
5	Veličina poduzeća (broj zaposlenih)		
6	Ekonomska aktivnost poslodavca i jedi. ukoliko se razlikuje od glavne djelatnosti		

II. PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

7	Ime, ime roditelja i prezime		
8	Status zaposlenja (zaposlenik, samozaposlenik)		
9	Broj osigurane osobe Zavoda		
10	Osnova osiguranja		
11	Spol (muški - ženski)		
12	Kada i gdje je rođena	Datum (dan, mjesec i godina)	
13		Mjesto	
14		Općina	
15	Prebivalište	Mjesto	
16		Adresa (ulica i broj)	
17		Općina	
18		Županija	
19	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu)		