

POSTUPAK PRIJAVE OZLJEDE NA RADU ILI PROFESIONALNE BOLESTI

Izradio: Domagoj Tomljanović, dipl.ing.sig.
Zavod za unapređivanje sigurnosti d.d., Osijek

- ZAKONSKI OKVIRI

- DEFINICIJA OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

- SUDIONICI KOJI OSTVARUJU PRAVO NA PRIZNAVANJE OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

- POSTUPAK I SUDIONICI PRIJAVE OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI, ROKOVI I POTREBNA DOKUMENTACIJA

- OBRAZCI ZA PRIJAVU OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

ZAKONSKI OKVIRI

-Zakon o prestanku važenja Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu (Narodne novine broj 139/10.),

-Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti (Narodne novine broj 1/11.),

-Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine broj 150/08, 94/09, 135/09, 71/10, 139/10.),

DEFINICIJA OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

Ozljedom na radu (Članak 14.b Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju) prema ovome Zakonu smatra se:

1. ozljeda izazvana neposrednim i kratkotrajnim mehaničkim, fizikalnim ili kemijskim djelovanjem te ozljeda prouzročena naglim promjenama položaja tijela, iznenadnim opterećenjem tijela ili drugim promjenama fiziološkog stanja organizma, ako je uzročno vezana uz obavljanje poslova, odnosno djelatnosti na osnovi koje je ozlijeđena osoba osigurana u obveznom zdravstvenom osiguranju,
2. bolest koja je nastala izravno i isključivo kao posljedica nesretnog slučaja ili više sile za vrijeme rada, odnosno obavljanja djelatnosti ili u vezi s obavljanjem te djelatnosti na osnovi koje je osigurana osoba osigurana u obveznom zdravstvenom osiguranju,
3. ozljeda nastala na način iz točke 1. ovoga članka koju osigurana osoba zadobije na redovitom putu od stana do mjesta rada i obratno te na putu poduzetom radi stupanja na posao koji joj je osiguran, odnosno na posao na osnovi kojeg je osigurana u obveznom zdravstvenom osiguranju,
4. ozljeda, odnosno bolest iz točke 1. i 2. ovoga članka koja nastane kod osigurane osobe i u okolnostima iz članka 13.a ovoga Zakona.

Profesionalne bolesti (Članak 14.b Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju) prema ovome Zakonu su bolesti izazvane dužim neposrednim utjecajem procesa rada i uvjeta rada na određenim poslovima.

Ozljeda na radu neće se priznati osiguranoj osobi (članak 34., Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti),, ako je do ozljede, odnosno bolesti došlo zbog:

1. skrivljenog, nesavjesnog ili neodgovornog ponašanja na radnome mjestu, odnosno pri obavljanju djelatnosti kao i na redovitom putu od stana do mjesta rada i obrnuto (npr. tučnjava na radnom mjestu ili u vremenu dnevnog odmora, namjerno nanošenje povrede sebi ili drugome, upravljanje vozilom pod utjecajem alkohola ili opojnih droga i sl.)
2. aktivnosti koje se ne mogu dovesti u kontekst radno pravne aktivnosti (npr. radni odmor koji nije korišten u propisano vrijeme, radni odmor koji nije korišten u cilju obnove psihofizičke i radne sposobnost nužno potrebne za nastanak radnog procesa, fizičke aktivnosti koje nisu u svezi s radnim odnosom i sl.)
3. namjernog nanošenja ozljede od strane druge osobe izazvanog osobnim odnosom s osiguranom osobom koje se ne može dovesti u kontekst radno-pravne aktivnosti
4. atake kronične bolesti
5. urođene ili stečene predispozicije zdravstvenog stanja koje mogu imati za posljedicu bolest

SUDIONICI KOJI OSTVARUJU PRAVO NA PRIZNAVANJE OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

1. **OSIGURANICI** - osobe iz članka 6. i 7., Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
2. **ČLANOVI OBITELJI OSIGURANIKA** - osobe iz članka 8., 9. i 10., Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
3. **DRUGE OSIGURANE OSOBE** – osobe iz članka 11., 12., 13., 13a. i 13b. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Članak 13.a

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti osim osiguranika iz članka 6. stavka 4. ovoga Zakona obvezno se osiguravaju:

1. učenici i studenti na redovitom školovanju prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj za vrijeme praktične nastave, za vrijeme stručne prakse, stručnih putovanja, odnosno za vrijeme rada putem posrednika pri zapošljavanju učenika i studenata,
2. osobe na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji koje organizira Hrvatski zavod za zapošljavanje,
3. djeca sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obveznom praktičnom radu u pravnoj osobi za osposobljavanje,
4. osobe koje pomažu redarstvenim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti,
5. osobe koje sudjeluju u akcijama spašavanja ili u zaštiti i spašavanju u slučaju prirodnih drugih nepogoda,
6. osobe koje na poziv državnih i drugih ovlaštenih tijela obavljaju dužnosti u interesu Republike Hrvatske,

7. športashi, treneri ili organizatori u sklopu organizirane amaterske športske aktivnosti,
8. osobe koje kao pripadnici Hrvatske gorske službe spašavanja ili ronoci obavljaju zadatke spašavanja života ili otklanjanja, odnosno sprječavanja opasnosti koje neposredno ugrožavaju život ili imovinu građana,
9. osobe koje kao članovi terenskih sastava sudjeluju u spašavanju i zdravstvenoj zaštiti u prirodnim i drugim nepogodama i nesrećama (poplave, potresi i sl.),
10. osobe na odsluženju vojnog roka, odnosno dragovoljnom služenju vojnog roka (ročnici) te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u Oružanim snagama Republike Hrvatske,
11. osobe koje sudjeluju u organiziranim javnim radovima u Republici Hrvatskoj,
12. osobe koje ispunjavaju obvezu sudjelovanja u civilnoj zaštiti ili obvezu sudjelovanja u službi motrenja i obavješćivanja,
13. osobe koje kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija obavljaju zadatke gašenja požara, zaštite i spašavanja u slučaju drugih nepogoda, osiguravanja mjesta gdje postoji požarna opasnost, educiranja građana u protupožarnoj zaštiti, a na javnim priredbama obavljaju zadatke u sklopu javnih nastupa i demonstracija s prikazom vježbi.

Pravne i fizičke osobe, odnosno tijela državne vlasti obvezni su osigurati na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti osobe iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 13.b

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim Zakonom za slučaj ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti osiguravaju se osiguranicima iz članka 6. stavka 1. točke 9. ovoga Zakona te osiguranicima iz članka 6. stavka 1. točke 12., 14., 15. i 17. ovoga Zakona koje se kao nezaposlene vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, a kojima je bolest, odnosno ozljeda neposredna posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

Osiguranicima iz stavka 1. ovoga članka prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i u slučaju profesionalne bolesti ako su bili izloženi fibrogenim prašinama ili karcinogenima kao radnici kod pravnih ili fizičkih osoba s registriranom djelatnošću u Republici Hrvatskoj.

Osiguranicima iz stavka 1. ovoga članka u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i zdravstveni pregledi i nakon prestanka rada u slučaju izloženosti fibrinogenim prašinama ili kancerogenim.

POSTUPAK I SUDIONICI PRIJAVE OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI



DOKUMENTACIJA ZA PRIJAVU OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

Pravilnikom su propisane tiskanice za prijavu:

1. prijava ozljede na radu , obrazac „OR” i tiskanica „T-5” za osigurane osobe iz čl., 13a, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
2. prijava profesionalne bolesti, obrazac „PB”

I. Kod ozljede na radu koja se dogodila u obavljanju poslova vezanih uz poslovanje obveznika podnošenja prijave:

- presliku cjelokupne medicinske dokumentacija vezana uz nastalu ozljedu
- pisanu izjavu osiguranika o okolnostima nastanka ozljede (ako je moguće)
- pisanu izjavu očevidaca o okolnostima vezanim uz ozljedu
- pisanu izjavu poslodavca ako podaci u prijavi sadržavaju određene nepreciznosti i dvojbe
- presliku zapisnika o inspekcijskom nadzoru nadležnog Državnog inspektorata
- preslika zapisnik o ispitivanju prisutnosti alkohola, opojnih droga ili lijekova od strane nadležne PU MUP-a RH

II. Kod ozljede koja se posljedica prometne nesreće

- presliku zapisnika o očevidu PP PU MUP-a RH
- preslika evidencije o radom vremenu na dan ozljede
- presliku putnog naloga u slučaju da je u pitanju ozljeda koja se dogodila na službenom putu

III. Kod ozljede čija je posljedica smrt ozlijeđene osobe

- preslika obdukcijuskog nalaza kod ozljede sa smrtnom posljedicom

ROKOVI ZA PODNOŠENJE PRIJAVE OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

Rok za podnošenje prijave:

-za slučaj ozljede na radu - 8 dana od dana nastanka ozljede na radu

-za profesionalnu bolest - 8 dana od dana kada je osigurana osoba primila ispravu zdravstvene ustanove kojom joj je dijagnosticirana profesionalna bolest.

Osigurana osoba za koju u roku od 3 godine od isteka navedenih rokova ne bude podnesena prijava gubi pravo na pokretanje postupka utvrđivanja i priznavanja ozljede na radu i profesionalne bolesti od strane HZZO-a (prekluzivni rok).

OBRAZCI ZA PRIJAVU OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

Tiskarnica OR

(datum prijave)	(slike oštećenog radnika)
(redni broj prijave)	(žalba i postula oštećenog radnika)

Ispunjava Područni ured Zavoda

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

I. PODACI O OBEVZNIKU PRIJAVE (POPUNJAVA POSLODAVAC)

Redni broj	PITANJA	ODGOVORI (Ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Puni naziv (za prijavio poslodavca ime i prezime)	
2	OIB	
3	Broj obvezne osigurnice	
4	Vrsta i grane djelatnosti i šifra po NKD	
5	Obveznik podnošenja prijave (poslodavac) Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina - za brojeve ime broda) odjelšte b prijava rada	
6	Vredna potužna (broj zaposlenih)	
7	Ekonomična aktivnost poslodavca i jedinice unatko se razlučuje od glavne djelatnosti *	

II. PODACI O OZLJEBENOJ OSOBI

8	Ime, ime roditelja i prezime ozljeđene osobe	
9	Broj osigurane osobe Zavoda	
10	OIB	
11	Članovi osiguranja, status zaposlenja 1. zaposlenik 2. samozaposlenik 3. drugo	
12	Spol (muški - ženski)	
13	Datum (dan, mjesec i godina)	
14	Kada i gdje je rođen/a	Mjesto
15		Općina
16	Prebivalište	Mjesto
17		Adresa (ulica i broj)
18		Općina
19		Županija
20	Zanimanje (posao koji obavlja u svom redovitom radu po NKD)	

21	Školska spremna (I - VII stupnja)	
22	Školsko obrazovanje (NKV, VKV, OSS, VSS, VSB)	
23	Školska spremna za rad na radnom mjestu (NKV, VKV, OSS, VSS, VSB)	
24	Vrsta rada: 1. rad na određeno vrijeme 2. rad na neodređeno 3. povremeni poslovi na ugovor 4. školovanje 5. ostalo	
25	Ozljeda se dogodila na: 1. redovitim poslovima na radnom mjestu 2. povremenim poslovima na drugom radnom mjestu	
26	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelatničkim radnim vremenom	
27	Da li je osposobljena iz zaštite na radu za rad na sigurni način za poslove koje obavlja (da - ne)	
28	Posao koji je radila u trenutku kada se dogodila ozljeda	
29	Koliko je dugo ozljeđena osoba radila posao na kome je ozljeđena (uključno svog redovnog radnja)	
30	Koliko je sati osoba radila toga radnog dana prije ozljede (navesti broj sati)	
31	Da li je ozljeđena za vrijeme redovitog, produženog ili izvanrednog rada	
32	Radnik se već ranije ozljeđivao na radu: 1. posljednjih 1-6 godina 2. posljednjih 1-6 godina 3. posljednjih 5 i više	

III. PODACI O OZLJEDI NA RADU

33	Datum (dan, mjesec i godina)	
34	Kada se ozljeda dogodila	Dan u tjednu
35		Doba dana (od 0 do 24 sata)
36	Na mjestu obavljanja poslova određeno radno zaduženje (odnosno, ako je odgovor "da", pobliže opišite mjesto)	
37	Gdje se ozljeda dogodila	Na redovnom putu od stana do stalnog mjesta rada (da-ne)
38		od stalnog mjesta rada do stana (da-ne)
39	Na službenom putu (da-ne)	
40	Ostalo (na nekom drugom mjestu)	
41	Način nastanka ozljede	<input type="checkbox"/> (ostalo)
42	Izvor ozljede	<input type="checkbox"/> (ostalo)
43	Uzrok ozljede	<input type="checkbox"/> (ostalo)
44	Da li su na određeno poslu utvrđene opasnosti i štetnosti (da-ne) (opasni vrsti opasnosti i štetnosti)	
45	Koristio je osobnih zaštitnih sredstava	Da li je bilo naredeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)
46	Da li su korištena osobna zaštitna sredstva (da-ne)	
47	Da li su primijenjena osnovna pravila zaštite na radu (da-ne)	
48	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)	

49	Da li je obavljen uvidaj od strane policije (da-ne)	
50	Da li je obavljen uvidaj od strane inspekcije zaštite na radu (da-ne) ako da, navesti ime inspektora zaduženog na radu	

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

51	Ime, prezime i funkcija	
52	Adresa prebivališta	

V. PODACI O OČEVIDCIU

53	Ime i prezime	
54	Adresa prebivališta	

Klasa: _____
 Urbroj: _____
 Mjesto: _____
 Datum podnošenja prijave: _____

Da li je obavljena služba inspekcije rada (da-ne)	
---	--

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe	M.P.	Potpis odgovorne osobe

* Radi se o zaposleniku posloдавца koji obavlja poslove koji se razlikuju od poslova osnovne djelatnosti (npr. kuhar u građevinskoj djelatnosti)

VI. IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

55	Ime i prezime, adresa doktora koj je pregledao ozlijeđenu osobu	
56	Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj je pregledana ozlijeđena osoba	
57	Tko je ozlijeđenoj osobi pružio prvu pomoć	
58	Kratki opis ozljede prema iskazu ozlijeđene osobe	
59	Dijagnoza ozljede, naziv i šifra prema MKB	
60	Varijaci uzrok ozljede prema MKB (V01-Z99)	
61	Što je li ozlijeđena osoba od drugih bolesti i kojih šifra prema MKB	
62	Ima li ozlijeđena osoba tjelesnih i psihičkih nedostataka i kojih	
63	Da li je ozlijeđena osoba bila pod utjecajem alkohola ili drugih opojnih sredstava	
64	Da li je izvršeno testiranje (de-raz), ako da, navesti rezultat	
65	Misljenje sam 1. na rad se o ozljedi na radu 2. na rad se o ozljedi na radu	1.

U _____, _____ godine M.P. _____
 (Potpis i šifra izabranog doktora opće/obiteljske medicine)

VII. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Datum prijava ozljede na radu	Datum nastanka ozljede na radu	Evidencijski broj, šifra prema MKB prijava ozljede na radu	Šifra i potpis ovlaštene osobe Zavoda	M.P.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni ured _____

Tiskanica PB	
(Oznaka poslodavca)	(Oznaka osiguranog osobe)
(Broj i naziv prijave)	(Oznaka prijave osiguranog osobe)
Ispunjavati Podružni ured Zavoda	

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

I. PODACI O OBVEZNIKU PRIJAVE (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

BR. REDNI	PITANJA	ODGOVORI (ispunjava obveznik podnošenja prijave)
1	Puni naziv (za privatnog poslodavca ime i prezime)	
2	OIB	
3	Broj obveznika	
4	Vrsta i grana djelatnosti i lista po NED	
5	Puna adresa (mjesto, ulica i broj, općina - za broditve ima broda) a) sjedište b) mjesto rada	
6	Veličina poduzeta (broj zaposlenih)	
7	Ekonomična aktivnost poslodavca i jedinice ukoliko se radičije od glavne djelatnosti *	

II. PODACI O OSOBI (ISPUNJAVA POSLODAVAC)

8	Ime, ime roditelja i prezime	
9	Statu zaposlenja (zaposlenik, samozaposlenik)	
10	Broj osiguranice osobe	
11	OIB	
12	Osobna osiguranja	
13	Spol (muški - ženaki)	
14	Datum (dan, mjesec i godina)	
15	Kada i gdje je rođen	
16	Općina	
17	Mjesto	
18	Prebivalište	Adresa (ulica i broj)
19		Općina
20		Zupanija

21	Zanimanje (posao koji obavlja u ovom razdoblju rada)							
22	Školska sprema							
23	Stručna obnova							
24	Stručna sprema za rad na radnom mjestu							
25	Vrste koje obavlja							
26	Vrsta rada i radnog odnosa koje vrijeme rad na neodređeno vrijeme povremeni poslovi na ugovor							
27	Koliko dugo obavlja slični posao?							
28	Rad u punom radnom vremenu, rad s djelomičnim radnim vremenom							
29	Posao koji je obavljala prije, a za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest	<table border="1"> <tr> <td>a) Vrsta posla</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Koliko je dugo obavljala taj posao</td> <td>_____ god i _____mj.</td> </tr> <tr> <td>c) Koliko dugo ne radi taj posao</td> <td>_____ god i _____mj.</td> </tr> </table>	a) Vrsta posla		b) Koliko je dugo obavljala taj posao	_____ god i _____mj.	c) Koliko dugo ne radi taj posao	_____ god i _____mj.
a) Vrsta posla								
b) Koliko je dugo obavljala taj posao	_____ god i _____mj.							
c) Koliko dugo ne radi taj posao	_____ god i _____mj.							
30	Da li je osposobljen za rad na siguran način za posao na radnom mjestu na kojem je obolio od profesionalne bolesti (da - ne)							
31	Da li su obavljani odgovarajući zdravstveni pregledi u propisanim rokovima (da - ne)							
32	Da li su preduzete mjere za otklanjanje radostajskih učinaka poboljšanje stanja (da - ne)							
33	Koristio je osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)	Je li bilo naredno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)						
34	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)	Je li korištena posebna zaštitna sredstva (da-ne)						
35	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)							
36	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)							

PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

37	Ime, prezime i funkcija	
38	Adresa prebivališta	

* Rad u o zaposleniku poslodavca koji obavlja poslove koji se razlikuju od poslova osobne djelatnosti (npr. izbac u građevinarstvo djelatnosti)

Klasa: _____	Da li je obavijestena služba inspekcije rada (da-ne)	DA	NE
Ur. broj: _____			
Mjesto: _____			
Datum podnošenja prijave: _____			

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe	M.P.	Potpis odgovorne osobe

III. IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE

39	Ime i prezime, te šifra izabranog doktora opće/obiteljske medicine	
40	Nacrtiv i status, te šifra zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije doktora opće/obiteljske medicine	
41	Nacrtiv zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije doktora spec. medicine rada, koji su utvrdili postojanje profesionalne bolesti	
42	Nacrtiv bolesti prema Zakonu o listi profesionalnih bolesti	
43	Evidencijski broj profesionalne bolesti u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj ordinaciji medicine rada	
44	Dijagnoza i šifra profesionalne bolesti prema važećoj MKB	
45	Nalazi koji vjerodostojno dijagnosticiraju profesionalne bolesti	- biokemijski (da-ne)
		- toksikološki (da-ne)
		- skopistički (da-ne)
		- sergopatološki (da-ne)
		- funkcionalno dijagnostički (da-ne)
46	Datum kada je utvrđeno postojanje profesionalne bolesti	
47	Datum nastanka profesionalne bolesti	
48	Druga prijedba nadležnog doktora medicine rada	
49	Broj i datum izpise zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije medicine rada o profesionalnoj bolesti, koja se daje u peloga	

U _____, _____ godine M.P.

(Potpis i šifra izabranog doktora opće/obiteljske medicine)

50	Evidencijski broj HZZZSR, šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti te potpis ovlaštene osobe	
----	--	--

IV. PODACI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Datum primovanja profesionalne bolesti	Datum nastanka profesionalne bolesti	Evidencijski broj, te šifra prema MKB priznate profesionalne bolesti	Šifra i potpis ovlaštene osobe Zavoda	M.P.

PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODRUČNI URED _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____
	MIB osigurane osobe u Zavodu _____

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA

Broj obvezne _____	Naziv obveznika uplate _____
Adresa sjedišta _____	OIB _____

2. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

MIB _____	Datum rođenja _____	*Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
OIB _____	Ime _____	Ime otkaziva _____
Prezime _____	Ime prethodno _____	Adresa P - prebivalište Polikodni broj naziv pošte Ulica i broj Naselje _____
Adresa B - boravak od _____ do _____ Polikodni broj naziv pošte Ulica i broj Naselje _____	Datum početka osiguranja _____	Datum prestanka osiguranja _____
Oznaka osnove osiguranja _____	Oznaka kriterija osnove _____	_____

*Kada su slučaj osiguranja prema čl. Zakona

<input type="checkbox"/> 13.a.1.	<input type="checkbox"/> 13.a.2.	<input type="checkbox"/> 13.a.3.	<input type="checkbox"/> 13.a.4.	<input type="checkbox"/> 13.a.5.	<input type="checkbox"/> 13.a.6.	<input type="checkbox"/> 13.a.7.	<input type="checkbox"/> 13.a.8.	<input type="checkbox"/> 13.a.9.	<input type="checkbox"/> 13.a.10.	<input type="checkbox"/> 13.a.11.	<input type="checkbox"/> 13.a.12.	<input type="checkbox"/> 13.a.13.
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum početka osiguranja _____	Datum prestanka osiguranja _____
Datum promjene _____	Ime i prezime podnositelja - otkaziva osobe _____

U _____ dne _____	M.P. Potpis / elektronički potpis podnositelja - otkaziva osobe
Županija Datum upisa _____	Ulica podnositelja Datum elektroničkog _____
Mesto: Ulica: _____	M.P. Ime i prezime Potpis / elektronički potpis otkazivaog osobe Zavoda

- Iskanica 5 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti. Potrebno je zaokružiti odgovarajuću riječ prema primjeni Iskanice.
- Obveznik podnošenja prijave obavezan je podatke u Iskanici 5 uplatiti čitljivo tiskom ili kemijskom crnilom plavom ili crno bojom, odnosno računanim tiskom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1 i 2. uplatuje obveznik podnošenja prijave.
- Kod upisa podataka pod 3., koji se odnose na adresu, obvezno se uplatuje prebivalište, a boravak samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljen i boravak. Za stanoce s odobrenim stalnim boravkom uplatuju se podatci u rubrici "P - prebivalište", a za stanoce s odobrenim privremenim boravkom u rubrici "B - boravak".
- U prijavi broj osigurane osobe u Zavodu ispunjava Zavod.
- Pri podnošenju promjene, podnositelj je obavezan uz podatke o promjeni uplatiti i datum promjene.
- Iskanica 5 ovjerava se u 3 primjerka:
 1. primjerak zadržava Zavod
 2. primjerak vraća se podnositelju
 3. primjerak uručuje se osiguranoj osobi koja na danovi njegova ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti.