

BROJ ŠTETE _____

BROJ POLICE _____

Prijava smrti zbog nesretnog slučaja

1. PODACI O OSIGURANIKU

Ime i prezime _____ OIB _____

Adresa: Ulica _____ Poštanski broj i mjesto _____

2. PODACI O DOGAĐAJU

1. Datum nesretnog događaja _____ Sat _____

2. Datum smrti _____ Sat _____

3. Opis događaja – mjesto, način i uzrok nesretnog slučaja

4. Ime i prezime osobe, liječnika koji je pružio prvu pomoć _____

5. Je li se osiguranik liječio od posljedica nesretnog slučaja? DA NE

6. Ako da u kojoj bolnici i koliko dugo? _____

7. Je li osiguranik umro u bolnici? DA NE

8. Je li smrt nastupila isključivo kao posljedica nesretnog slučaja? DA NE

9. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog pokušaja istog? DA NE

10. Je li osiguranik bio pod utjecajem alkohola ili droge? DA NE

11. Ima li sumnje da su smrt uzrokovalе treće osobe? DA NE

12. Je li izvršena obdukcija? DA NE

13. Je li o ovom smrtnom slučaju provedena istraga? DA NE

14. Ako da, tko ju je vodio? _____

3. PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA

Ime i prezime _____ OIB _____

Adresa: Ulica _____ Poštanski broj i mjesto _____

Telefon _____ E-mail _____

Naziv banke _____ Broj tekućeg računa _____

Politički izložena osoba ☐ DA ☐ NE Strano državljanstvo ☐ DA ☐ NE Rezident ☐ DA ☐ NE Naziv države _____

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno.

Potpis korisnika_____
Mjesto i datum

M.P.

Potpis podnosioca prijave_____
Ime i prezime osobe koja je zaprimila dokumentaciju_____
Potpis djelatnika uružbenog zapisnika

Popunjiva Odjel za prijavu šteta

DATUM ZAPRIMANJA PRIJAVE U ODJELU ZA PRIJAVU ŠTETA _____

DATUM SLANJA ŠTETE U SLUŽBU ZA OBRADU ŠTETA OSOBNIH OSIGURANJA _____

POTPIS DJELATNIKA ODJELA ZA PRIJAVU ŠTETA _____

Potvrda ugovaratelja (Popunjiva se samo kod kolektivnih osiguranja)

Ime i prezime _____

OIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ovim potvrđujemo da je djelatnik/ca osiguranik _____ iz _____

ulica i kućni broj _____ zaposlena kod nas na neodređeno vrijeme od _____

osiguran/a policom kolektivnog osiguranja broj _____

Zadnja premija plaćena za broj djelatnika _____ za razdoblje od _____ do _____

u iznosu _____ kuna.

M.P

(ime i prezime odgovorne osobe)**Popunjiva likvidator šteta**

DATUM PRIMITKA ŠTETE _____

IME I PREZIME OSOBE KOJA JE ZAPRIMILA ŠTETU _____

POTPIS OSOBE KOJA JE ZAPRIMILA ŠTETU _____