

Broj polise: Broj štetnog akta:

Prijava smrtnog slučaja usled bolesti

e-mail: stete@grawe.rs

Ugovarač	Ime i prezime		JMBG	
	Adresa (ulica i broj)		Mesto	Broj pošte
	E-mail adresa		Broj telefona	

Osiguranik	Ime i prezime		JMBG		
	Adresa (ulica i broj)		Mesto	Broj pošte	
	E-mail adresa		Broj telefona		
	Zanimanje				
	Naziv preduzeća gde je osiguranik bio zaposlen				
Datum (dan, mesec i godina) i čas smrti _____ godine u _____ h					

Korisnik/ci	Ime i prezime	Adresa i mesto	Kontakt telefon, e-mail

Podaci o bolesti	1. Koja je bolest neposredni uzrok smrti?
	2. Kada je osiguranik počeo da se leči od te bolesti?
	3. Koji organ je zahvatila bolest?
	4. Da li je izvršena obdukcija i u kojoj ustanovi?
	5. U kojoj bolnici je lečen osiguranik pre smrti?
	6. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili usled pokušaja istog?
	7. Da li je usled smrtnog slučaja vođena istraga i koji organi su je vodili?

Ime i prezime izabranog lekara osiguranika i Dom zdravlja gde se osiguranik lečio

Da li je osiguranik ugovorio još koje osiguranje za slučaj smrti? Ako je odgovor DA, upišite naziv osiguravajućeg društva i broj polise.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
---	-----------------------------	-----------------------------

Potrebna dokumentacija:

1. Popunjena prijava smrtnog slučaja;
2. Fotokopija izvoda iz matične knjige umrlih;
3. Fotokopija potvrde o smrt ili otpusna lista;
4. Medicinska dokumentacija i Zdravstveni karton (fotokopija overena od strane zdravstvene ustanove);
5. Fotokopija obdukcionog nalaza;
6. Sva ostala dokumentacija vezana za osigurani slučaj na zahtev Grawe osiguranja;
7. Fotokopija lične karte korisnika;
8. Fotokopija računa korisnika.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Ovlašćujem GRAWE osiguranje a.d.o. da izvrši uvid u svu postojeću policijsku, zdravstvenu i svaku drugu dokumentaciju pokojnika, relevantnu za likvidaciju osiguranog slučaja.

Izjavljujem da sam:

- primio/la, pročitao/la i razumeo/la Informacije o obradi podataka o ličnosti, koje se nalaze u prilogu ovog dokumenta i čine njegov sastavni deo;
- saglasan/na da GRAWE osiguranje a.d.o. u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju može obrađivati podatke o ličnosti vezane za moje zdravstveno stanje; i svojim potpisom na ovom dokumentu to i potvrđujem.

.....
Mesto i datum.....
Potpis podnosioca prijave