

Broj polise: Broj štetnog akta:

Prijava smrtnog slučaja usled nezgode

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 nezgodi

Opis događaja koji je prouzrokovao smrt	
Ime i prezime lekara koji je pružio prvu pomoć	
Da li je i u kojoj medicinskoj ustanovi osiguranik lečen od posledica nesrećnog slučaja?	
Da li je izvršena obdukcija i u kojoj ustanovi?	
Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili usled pokušaja istog?	
Da li je osiguranik bio pod uticajem alkohola?	
Postoji li sumnja da je smrt izazvala treća osoba?	
U slučaju saobraćajne nezgode: Podaci o učesnicima u saobraćajnoj nezgodi (lica, registarski brojevi vozila i svedoci)	
Da li je u vezi sa smrtnim slučajem vođena istraga? Ako je odgovor DA, koji organi vode istragu?	
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
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;
5. Fotokopija obdukcionog nalaza;
6. Fotokopija policijskog izveštaja;
7. Sva ostala dokumentacija vezana za osigurani slučaj na zahtev Grawe osiguranja;
8. Fotokopija lične karte korisnika;
9. 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