

## Prijava smrtnog slučaja usled bolesti

	Broj polise	Broj akta	
<b>Osiguranik</b>	Ime i prezime	JMBG	
	Adresa	Mesto	Broj pošte
	Zanimanje		
	Naziv preduzeća gde je osiguranik bio zaposlen		
	Datum i čas smrti		
		godine u	h
<b>Podaci o bolesti</b>	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. Gde je nastupila bolest? (bolnica, kod kuće, na radnom mestu, ili dr.)		
	5. Da li je izvršena obdukcija i u kojoj ustanovi?		
	6. U kojoj bolnici je lečen osiguranik pre smrti?		
	7. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili usled pokušaja istog?		
	8. Da li je usled smrtnog slučaja vođena istraga i koji organi su je vodili?		
Ime i prezime izabranog lekara osiguranika			
Adresa ambulante u kojoj je lečen osiguranik			
Da li je osiguranik ugovorio još koje osiguranje za slučaj smrti?			
Upišite osiguravajuće društvo i broj polise!			

**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.**

.....  
Mesto i datum

.....  
Potpis podnosioca prijave