

Broj štete:

**UGOVARATELJ OSIGURANJA**

Ime i prezime / naziv tvrtke

Broj police

Adresa

OIB

**PODACI O OSIGURANIKU**

Ime i prezime

OIB

Adresa

**PODACI O SMRTNOM SLUČAJU**

1. Dan, sat i mjesto smrti

2. Uzrok smrti

Bolest

Nesretni slučaj

2.1. Ako je uzrok bolesti - navesti bolest, od kada se osiguranik liječio, bolnicu i liječnika:

2.2. Ako je uzrok nesretni slučaj, ukratko opisati nesretni slučaj:

2.3. Sumnja se da je smrt posljedica samoubojstva?

 Da  Ne

2.4. Sumnja da je smrt prouzročila treća osoba?

 Da  Ne

3. Je li izvršena obdukcija? Ako da, kada i u kojoj ustanovi?

 Da  Ne

4. Da li je o ovom smrtnom slučaju provedena istraga? Ako da, koji su je organi vodili?

 Da  Ne

## PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA

Ime i prezime:

OIB

Prebivalište

Dan, mjesec i godina rođenja

Broj telefona ili mobitela

E-mail adresa

Srodstvo s osiguranikom:

Naziv i broj identifikacijske isprave (osobna ili putovnica):

Naziv i država izdavatelja identifikacijske isprave:

Državljanstvo/državljanstva

Je li korisnik osiguranja porezni obveznik druge države?

Da  Ne

Jeste li ste politički izložena osoba ili je to član uže obitelji ili bliski suradnik?

Da  Ne

Naziv banke:

IBAN:

## POPIS POTREBNE DOKUMENTACIJE UZ PRIJAVU SMRTNOG SLUČAJA

- ORIGINALNA POLICA OSIGURANJA
- SMRTNI LIST
- OTPUSNO PISMO IZ BOLNICE, NALAZ MRTVOZORNIKA ILI OBDUKCIJSKI NALAZ
- KOMPLETAN ZDRAVSTVENI KARTON
- DOKAZ O NAČINU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA (ZAPISNIK O OČEVIDU, PRESUDA I SL.)
- PRAVOMOĆNO RJEŠENJE O NASLJEĐIVANJU
- POTVRDU O KORIŠTENOM ILI NEKORIŠTENOM POREZNO M IZDATKU TEMELJEM POREZNO PRIZNATIH PREMIJA ŽIVOTNOG OSIGURANJA

## POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

Naziv:

Adresa:

Telefon:

Za osiguranika:

Potvrđujem da je:

Zaposlen od:

Osiguran policom broj:

I da je premija u iznosu od:

Za razdoblje od:

do:

Plaćena dana:

Potpisom ovog obrasca potvrđujem da sam na sva pitanja koja su mi postavljena u ovom obrascu odgovorio točno, potpuno i istinito, kao i da sam primio, pročitao i razumio Obavijest o zaštiti privatnosti. Izjavljujem da sam upoznat o izravnoj komunikaciji s poslovnom bazom Generali osiguranja d.d. radi dobivanja informacije o statusu moje prijavljene štete. Izjavljujem da podatke iz ovog obrasca neću prosljeđivati neovlaštenim osobama te da ću ih štiti od moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba.

(mjesto i datum)

(žig i potpis odgovorne osobe)