

ПРИЈАВА СМРТНОГ СЛУЧАЈА
УСЉЕД БОЛЕСТИ

Уговарач осигурања _____ полиса број . _____
адреса _____ штета број. _____

1. а) Име и презиме осигураника _____
б) Датум и мјесто рођења _____
ц) Тачна адреса становања и кућни број _____
д) Занимање _____
е) Предузеће у којем је осигураник био запослен _____

2. Датум и сат смрти _____ дана _____ 20__ у _____ сати

3. а) Која је болест непосредни узрок смрти? _____
б) Када је осигураник почео да се лијечи од те болести? _____
ц) Где је наступила болест осигураника? _____
д) Да ли је извршена обдукција и у којој установи? _____
е) У којој болници је лијечен осигураник прије смрти? _____

4. а) Постоји ли сумња да је смрт наступила
самоубиством или усљед покушаја истог _____
б) Да ли је усљед смртог случаја вођена
истрага и који органи су је водили _____

5. а) Име и презиме кућног љекара осигураника _____
б) Адреса амбуланте у којој је лијечен осигураник _____

6. а) Да ли је осигураник уговорио још које осигурање
за случај смрти _____
б) Упишите осигуравајуће друштво и број полисе _____

Изјављујем да сам на сва питања одговорио истинито и потпуно.

Овлашћујем GRAWE осигурање да изврши увид у сву постојећу полицијску, здравствену и сваку другу документацију покојника, релевантну за ликвидацију осигураног случаја.

У _____ дана _____ 20__ године.

ПОДНОСИЛАЦ ПРИЈАВЕ:

име и презиме _____ број телефона _____ потпис _____

Адреса становања подносиоца пријаве:
