Datum dospjeća u GRAWE

GRAWE osiguranje a.d.

PRIJAVA SMRTNOG SLUČAJA USLJED BOLESTI

1. Podaci o osiguraniku

Polisa broj: ..... **Akt broj .....**

Lični broj	
Ime i prezime	.....
Adresa	..... Broj pošte Mjesto Ulica i broj
Zanimanje	.....
Naziv preduzeća gdje je osig. bio zaposlen	.....
Datum i čas smrti	dana .....20___ u _____ čas. _____ minuta

2. Podaci o bolesti

Koja je bolest neposredni uzrok smrti?	.....
Kada je osiguranik počeo da se liječi od te bolesti?	.....
Gdje je nastupila bolest osiguranika?	.....
Da li je izvršena obdukcija i u kojoj ustanovi?	.....
U kojoj bolnici je liječen osiguranik prije smrti?	.....
Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubistvom ili usljed pokušaja istog?	.....
Da li je usljed smrtnog slučaja vođena istraga i koji organi su je vodili?	.....
Ime i prezime kućnog ljekara osiguranika	.....
Adresa ambulante u kojoj je liječen 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 da izvrši uvid u svu postojeću policijsku, zdravstvenu i svaku drugu dokumentaciju pokojnika, relevantnu za likvidaciju osiguranog slučaja.

U ....., ... 20 ___. godine

.....
potpis podnosioca prijave