

## Prijava smrtnog slučaja uslijed bolesti

Podnositelj zahtjeva: \_\_\_\_\_ Polica broj: \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Tel. broj: \_\_\_\_\_

1.a) Ime i prezime osiguranika	
b) Datum i mjesto rođenja	
c) Točna adresa stanovanja i kućni broj	
d) Zanimanje	
e) Poduzeće u kojem je osiguranik bio zaposlen	
2. Datum i sat smrti	
3.a) Koja je bolest neposredni uzrok smrti?	
b) Kada se osiguranik počeo liječiti od te bolesti?	
c) Gdje je nastupila smrt osiguranika?	
d) Je li izvršena obdukcija i u kojoj ustanovi?	
e) U kojoj je bolnici liječen osiguranik prije smrti?	
4.a) Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili uslijed pokušaja istog?	
b) Je li uslijed smrtnog slučaja vođena istraga i koji su je organi vodili?	
5.a) Ime i prezime kućnog liječnika osiguranika	
b) Adresa ambulante u kojoj je liječen osiguranik	
6. Je li osiguranik ugovorio još koje osiguranje za slučaj smrti? Upišite broj police i osig. društvo.	

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 \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis podnositelja zahtjeva)

Molimo Vas da uz prijavu smrtnog slučaja priložite slijedeće dokumente:

1. Kopiju rodnog lista ili osobne iskaznice osiguranika.
2. Kopiju smrtnog lista osiguranika.
3. Liječničko uvjerenje o uzroku smrti (kompletnu medicinsku dokumentaciju vezanu za osnovnu bolest i presliku zdravstvenog kartona).
4. Kopiju rodnog lista ili osobne iskaznice korisnika osiguranja.
5. Naziv banke i IBAN broj korisnika osiguranja.