

Prijava osiguranog slučaja smrt osigurane osobe

Podružnica

Poslovnica

Broj štetnog predmeta: (ispunjavanja osiguratelj) Broj police:

Ime i prezime korisnika/pun.korisnika

prebivalište

datum i mjesto rođenja

kontakt telefon

e-mail

OIB/JMBG/MB

osobni dokument

(vrsta dokumenta, izdavatelj, trajanje i broj dokumenta)

Strana politički izložena osoba: DA NE Rezident Republike Hrvatske: DA NE

Ime i prezime korisnika/pun.korisnika

prebivalište

datum i mjesto rođenja

kontakt telefon

e-mail

OIB/JMBG/MB

osobni dokument

(vrsta dokumenta, izdavatelj, trajanje i broj dokumenta)

Strana politički izložena osoba: DA NE Rezident Republike Hrvatske: DA NE

Po polici osiguranja broj prijavljujem osigurani slučaj, smrt osigurane osobe i u svrhu isplate osigurnine uz prijavu dostavljam slijedeću dokumentaciju (zaokružiti):

- izvornik police osiguranja,
- presliku police osiguranja od posljedica nesretnog slučaja,
- presliku izvoda iz matice umrlih,
- dokaz da korisnik ima pravo zahtijevati isplatu, ukoliko to nije razvidno iz police osiguranja,
- odluka nadležnog tijela o nasljeđivanju (u slučaju ako su korisnici zakonski nasljednici),
- liječničku potvrdu o smrti i uzroku smrti,
- preslika medicinske dokumentacije,
- preslika zdravstvenog kartona,
- izvještaj o obdukciji (ukoliko je provedena),
- otpusno pismo iz bolnice (u slučaju ako je pokojni umro u bolnici),
- potvrda o korištenju poreznih izdataka na temelju uplaćenih premija osiguranja za period od do godine,
- ostalo (navedite):

Osiguratelj ima pravo zahtijevati i dodatne dokaze koji su potrebni za utvrđivanje njegove obveze.

O smrti osigurane osobe mi je poznato slijedeće:

Ime i prezime

datum rođenja

adresa

Podaci o osiguranom slučaju:

a) datum i vrijeme smrti

b) mjesto smrti (kod kuće ili u bolnici-kojoj)

Na slijedeća pitanja odgovorite ukoliko je uzrok smrti bolest

a) koja je bolest bila uzrok smrti?

b) od kada se pokojni liječio?

c) kada je prvi puta postavljena dijagnoza?

d) mjesto liječenja i ime nadležnog liječnika

Na slijedeća pitanja odgovorite ukoliko je uzrok smrti nezgoda

a) navedite točan opis događaja

b) da li postoji sumnja na prisutnost alkohola?

c) da li postoji sumnja na samoubojstvo?

d) da li postoji sumnja da je smrt prouzročila treća osoba?

e) da li je provedena obdukcija (u slučaju da je bila, gdje i u kojoj ustanovi)?

f) da li je provedena istraga (gdje i koja ustanova)?

g) da li je sačinjen policijski zapisnik (koja policijska postaja)?

h) registracijska oznaka vozila u kojem se pokojni nalazio (u slučaju prometne nezgode)

j) ime i prezime vozača

k) vrsta, kategorija i trajanje dozvole pokojnog za upravljanjem vozilom (u slučaju prometne nezgode)

l) ostalo što smatrate bitnim

.....

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Suglasan sam da Triglav osiguranje d.d. zatraži i ishodi podatke odnosno dokumentaciju o zdravstvenom stanju umrle osigurane osobe.

Isplata osiguranog iznosa neka se izvrši na račun korisnika:

Ime i prezime/naziv vlasnika računa

.....

.....

naziv banke i broj računa

prebivalište/sjedište

OIB/JMBG, MB

Ime i prezime/naziv vlasnika računa

.....

naziv banke i broj računa

prebivalište/sjedište

OIB/JMBG, MB

Od osiguranog iznosa neka se na novu policu osiguranja broj na ime premije preknjiži iznos od

U dana

.....
(potpis korisnika i/ili žig i potpis ovlaštene osobe)

.....
(žig ili šifra i potpis predstavnika osiguratelja)

Ukoliko je zahtjev poslan poštom, bez prisutnosti predstavnika osiguratelja, potrebno je priložiti presliku osobnog dokumenta na kojem je potvrda javnog bilježnika iz koje proizlazi da je javni bilježnik utvrdio identitet osobe na temelju priloženog osobnog dokumenta.

POTVDRA DRUŠTVA (za kolektivna osiguranja)

1. Ime i prezime je član naše organizacije (društva) neprekidno od

Na dan osiguranog slučaja bio je zaposlen kao i obavljao je poslove

2. Do dana nezgode nije izjavio da ne želi biti osiguran.

3. Osiguran je policom osiguranja od posljedica nesretnog slučaja broj

4. Za osiguranika smo uplatili posljednju premije prije osiguranog slučaja za mjesec u iznosu od

Ili za ukupan broj osiguranih osoba u ukupnom iznosu od dana

U dana

.....
(potpis i žig potpis ovlaštene osobe ugovaratelja)

UZ POTPUNO ISPUNJENU PRIJAVU, TE DOSTAVOM SVIH POTREBNIH DOKUMENATA VAŠ ĆE ZAHTJEV BITI BRZO RIJEŠEN NA VAŠE I NAŠE ZADOVOLJSTVO