

Prijava smrtnog slučaja

Broj police: _____

Podaci o osiguraniku

Ime _____
 Prezime/Naziv tvrtke _____
 MBG/MB _____
 Ulica/trg/kućni broj _____
 Poštanski broj _____ Mjesto _____
 Datum rođenja _____ Spol m ž
 Zanimanje (puni naziv) _____

Podaci o smrtnom slučaju

Datum smrti _____
 Koji je neposredni uzrok smrti? _____
 Kada se osiguranik počeo liječiti od te bolesti (samo u slučaju smrti zbog bolesti)? _____
 Da li je osiguranik bio liječen u bolnici? Ako da, u kojoj i od kada? da _____ ne
 Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog njegovih posljedica? da _____ ne
 Da li je obavljen očevid i vođena istraga? Ako da, tko ju je vodio? da _____ ne
 Da li je obavljena obdukcija? Ako da, u kojoj ustanovi? da _____ ne
 Da li je osiguranik imao više od 0,8% alkohola u vrijeme nastanka nesretnog slučaja? Ako da, koliko? da _____ ne

Podaci o korisniku osiguranja

Ime _____
 Prezime _____
 Datum rođenja _____
 MBG _____
 Ulica/trg/kućni broj _____
 Poštanski broj _____ Mjesto _____
 Telefon _____ GSM _____
 Fax _____ E-mail _____

Podaci o broju štednog računa korisnika osiguranja

Naziv banke _____
 Broj štedne knjižice / tekućeg računa / žiro računa _____

Odštetu doznačiti poštanskom uputnicom (troškovi poštarine na teret primatelja)

Ovim izjavljujem da sam na sva postavljena pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji su liječili osiguranika, da mogu pružiti sve obavijesti koje Allianz Zagreb d.d. od njih zatraži u svezi s prijavljenim smrtnim slučajem.

Sklapanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Allianz Zagreb d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Allianz Zagreb d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Allianz Zagreb d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Mjesto: _____ Datum: _____

Potpis podnositelja prijave

Ispunjava se samo ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba!

Tvrtka

MB

Ulica/trg/kućni broj

Ovim potvrđujemo da je osiguranik _____ bio uključen u osiguranje po polici broj _____. Premija osiguranja po polici plaćena je dana _____ u ukupnom iznosu _____ KN. Odgovarajući dio premije je/nije plaćen i za navedenog zaposlenika. Ako nije navesti iznos, razdoblje i razlog za manje plaćenu premiju: _____

Ujedno potvrđujem da je imenovani bio u radnom odnosu kod ove organizacije dana _____ (navesti datum) kada mu se dogodio smrtni slučaj.

Izjavljujem da smo na sva postavljena pitanja odgovorili točno, istinito i potpuno.

Mjesto: _____ Datum: _____

Žig i potpis odgovorne osobe
