

## Prijava smrtnog slučaja

Broj police: \_\_\_\_\_

## Podaci o osiguraniku

Ime \_\_\_\_\_

Prezime/Naziv tvrtke \_\_\_\_\_

MBG/MB \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_

Ulica/trg/kućni broj \_\_\_\_\_

Poštanski broj \_\_\_\_\_ Mjesto \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_\_ Spol  m  ž

Zanimanje (puni naziv) \_\_\_\_\_

## Podaci o smrtnom slučaju

Datum smrti \_\_\_\_\_

Opis događaja \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  nePostoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog njegovih posljedica?  da \_\_\_\_\_  neDa li je obavljen očevid i vođena istraga? Ako da, tko ju je vodio?  da \_\_\_\_\_  neDa li je obavljena obdukcija? Ako da, u kojoj ustanovi?  da \_\_\_\_\_  neDa 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 \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_

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 podnosioca prijave

\_\_\_\_\_

Ispunjava se samo ako je ugovaratelj osiguranja pravna osoba!

Tvrtka

MB  OIB

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

\_\_\_\_\_