



Groupama
Osiguranje

**PRIJAVU ZA SLUČAJ SMRTI
USLIJED BOLESTI**

PODACI O POLICI OSIGURANJA:

Broj police osiguranja

PODACI O PODNOSITELJU PRIJAVE:

Ime i prezime ili naziv

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

E-mail adresa

Broj mobitela

OIB

PODACI O OSIGURANIKU:

Ime i prezime osiguranika

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

OIB

PODACI O SMRTNOM SLUČAJU:

Datum smrti

Uzrok smrti

Početak liječenja bolesti

Je li osiguranik umro u bolnici

Da

Ne

Ako da, navedite ime i prezime
liječnika koji je liječio osiguranika

Je li osiguranik bolovao od
drugih kroničnih bolesti

Da

Ne

Ako da, navedite kronične bolesti

Je li osiguranik imao kakvu štetnu
naviku (alkohol, pušenje, droga)

Da

Ne

Ako da, navedite štetne navike

PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA:

Ime i prezime ili naziv

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

OIB

Broj mobitela

Državljanstvo (navesti sva)

PODACI O RAČUNU KORISNIKA OSIGURANJA:

Naziv banke

IBAN

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno, te da sam primio/la, pročitao/la i razumio/la Informacije o korištenju osobnih podataka Groupama osiguranja d.d. Upoznat/a sam da se prikupljeni podaci mogu koristiti u svrhu obrade zahtjeva te u svrhu koja je podudarna sa svrhom zbog koje su isti prikupljeni, a sve sukladno propisima o zaštiti osobnih podataka.

Mjesto i datum:

Potpis podnositelja prijave:

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OBRADU PRIJAVE:

- Preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta korisnika (osim u slučaju kada je korisnik Banka)
- Preslika smrtnog lista ili izvatka iz matične knjige umrlih
- Preslika Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti Osiguranika
- Preslika kompletnog zdravstvenog kartona
- Preslika medicinske dokumentacije vezane uz liječenje bolesti (otpusna pisma, povijesti bolesti i sl.)
- Preslika pravomoćnog rješenja o nasljeđivanju u slučaju da su korisnici osiguranja ujedno i zakonski nasljednici
- U slučaju da je korisnik osiguranja maloljetna osoba potrebno je dostaviti i rodni list ili presliku identifikacijskog dokumenta maloljetnog korisnika, te presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta zakonskog zastupnika odnosno skrbnika maloljetne osobe
- U slučaju da je korisnik osiguranja osoba lišena poslovne sposobnosti potrebno je dostaviti presliku osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta skrbnika te presliku pravomoćnog rješenja Centra za socijalnu skrb o stavljanju korisnika pod skrbništvo i imenovanju podnositelja prijave skrbnikom korisnika
- Druga dokumentacija po zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa

NAPUTAK ZA DOSTAVU DOKUMENTACIJE:

Sva dokumentacija potrebna za prijavu nastanka osiguranog slučaja mora biti priložena na hrvatskom jeziku. Navedene dokumente potrebno je dostaviti na našu adresu, osobno, e-mailom ili poštom.

Groupama osiguranje d.d. - Podružnica Hrvatska
Odjel za obradu odštetnih zahtjeva
Ulica grada Vukovara 284
HR-10000 Zagreb

e-mail: stete@groupama.hr

☎ 0800 2446

Groupama osiguranje d.d. – Podružnica Hrvatska

Zagreb, Ulica grada Vukovara 284 | OIB: 56722567504

Osnivač Podružnice:

Groupama Biztosító Zrt., Mađarska, Budimpešta, Erzsébet királyné útja 1/C | OIB: 43888249105