



**PODACI O POLICI OSIGURANJA:**

Broj police:

**PODACI O OSIGURANIKU:**

Ime i prezime osiguranika

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

E-mail adresa

Broj telefona

OIB

**PODACI O DOGAĐAJU:**

Datum događaja/sat:

Uzrok događaja

Opis događaja

Naziv zdravstvene ustanove/  
ime liječnika koja je osiguraniku  
pružila prvu pomoć

Je li osiguranik prije već doživio  
ovu vrstu nezgode

Da

Ne

Postoji li sumnja na  
samoubojstvo ili pokušaj istog

Da

Ne

Je li osiguranik bio pod  
utjecajem alkohola ili droge

Da

Ne

Da li je događaj prijavljen policiji  
ili nekom drugom organu?

Da

Ne

Da li je osiguranik prije ovog  
nesretnog slučaja bolovao od  
kakve teže bolesti, imao kakvu  
tjelesnu manu ili nedostatak ili  
pretrpio tjelesnu ozljedu?

Da

Ako da - navesti: bolest, manu, nedostatak ili ozljedu

Ne

Da li osiguranik ima osiguranje  
od posljedica nesretnog slučaja  
i kod drugog osiguravatelja?

Da

Ako da - navedite njegov naziv i broj police

Ne

**PODACI O KORISNIKU OSIGURANJA:**

Ime i prezime ili naziv

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

OIB

Broj telefona i e-mail

**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 d.d. – Podružnica Hrvatska. Sukladno Uredbi (EU) 2016/679 (Opća uredba o zaštiti podataka), upoznat sam i suglasan sam da se podaci iz ovoga obrasca koriste u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva te u druge podudarne svrhe. Osiguravajuće društvo će obrađivati prikupljene podatke u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva te u druge zakonite svrhe u skladu s odredbama Zakona o osiguranju, Uredbe (EU) 2016/679 (Opća uredba o zaštiti podataka) i ostalih pravnih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. . »Informacije o korištenju osobnih podataka za Groupama osiguranje d.d. - Podružnica Hrvatska « u tiskanom obliku dostupne su na svim lokacijama osiguravajućeg društva za prodaju osiguranja, a u digitalnom obliku dostupne su na internetskoj adresi [www.groupama.hr/podrska-klijentima/obrada-podataka/846](http://www.groupama.hr/podrska-klijentima/obrada-podataka/846).

Mjesto i datum:

Potpis podnositelja prijave:

**POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA - PRAVNA OSOBA**

Naziv

Adresa (pošt. Broj, mjesto, ulica i kbr.)

Telefon

**ZA DJELATNIKA, UČENIKA, STUDENTA**

Potvrđujemo da je \_\_\_\_\_ zaposlen/učenik škole/vrtića \_\_\_\_\_

osiguran policom broj \_\_\_\_\_.

Učenik je zbog ovog nesretnog slučaja izostao s cjelodnevne nastave od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

Mjesto i datum:

Pečat i potpis odgovorne osobe

## **DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OBRADU PRIJAVE:**

- preslika medicinske dokumentacije vezane uz liječenje
- policijski zapisnik, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl. (ukoliko isto postoji)
- u slučaju nastanka nesretnog slučaja prilikom upravljanja prometnim sredstvom za koje je potrebna dozvola, preslika vozačke dozvole i prometne dozvole
- druga dokumentacija po zahtjevu Osiguratelja koja je potrebna za utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za isplatu osiguranog iznosa

## **NAPUTAK ZA DOSTAVU DOKUMENTACIJE:**

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](mailto: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