



PODACI O POLICI OSIGURANJA:

Broj police:

PODACI O OSIGURANIKU:

Ime i prezime osiguranika

Ulica i kućni broj

Poštanski broj i mjesto

OIB

PODACI O DOGAĐAJU:

Datum događaja

Uzrok događaja

Opis događaja
(mjesto, način)

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 mobitela		
Državljanstvo (navesti sva)		
Jeste li rođeni u SAD-u?	Da	Ne
Jeste li porezni obveznik druge države izuzev RH	Da	Ne
Ako da, navedite koje države		
Ako da, navedite porezni broj		
Jeste li politički izložena osoba?	Da	Ne

Sukladno važećem Zakonu o sprječavanju pranja novca i financiranja terorizma, politički izložena osoba je svaka fizička osoba koja djeluje ili je u proteklih najmanje 12 mjeseci djelovala na istaknutoj javnoj dužnosti u državi članici ili trećoj državi, uključujući i članove njezine uže obitelji i osobe za koje je poznato da su bliski suradnici politički izložene osobe.

U slučaju zaokruženog odgovora da, potrebno je dostaviti i popunjen i potpisan obrazac Upitnik za politički izložene osobe.

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:

POTVRDA UGOVARATELJA OSIGURANJA

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

ZA DJELATNIKA, UČENIKA, STUDENTA

Potvrđujemo da je _____ zaposlen/učenik škole _____ osiguran policom broj _____ i da je premija u iznosu od _____ za razdoblje od _____ do _____ (u kojem je nastao prijavljeni slučaj) plaćena dne _____ god.

Učenik je zbog ovog nesretnog slučaja izostao s cjelodnevnog 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

Za slučaj smrti:

- Preslika osobne iskaznice ili drugog identifikacijskog dokumenta korisnika
- Preslika smrtnog lista ili izvotka iz matične knjige umrlih
- Preslika Potvrde o smrti, Otpusnog pisma ili drugog valjanog dokumenta iz kojeg je vidljiv uzrok smrti Osiguranika
- Preslika nalaza analize krvi i urina na alkohol (ukoliko je rađena)
- Preslika Obdukcijskog nalaza (ukoliko je rađen)
- 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:

Navedene dokumente potrebno je dostaviti na našu adresu, osobno, e-mailom ili poštom.

Groupama osiguranje d.d.

Služba za obradu šteta

Ulica grada Vukovara 284

HR-10000 Zagreb

e-mail: stete@groupama.hr

☎ 0800 2446