

Poslovna jedinica:	
Datum:	
Evidencijski broj:	
Broj police:	

## Prijava za slučaj smrti iz osiguranja života

Ime i prezime osiguranika:	
Datum preminuća:	

UZROK SMRTI	
Bolest	<input type="checkbox"/>
Nezгода	<input type="checkbox"/>
Samoubojstvo	<input type="checkbox"/>
Ostalo	<input type="checkbox"/>

A. PODACI O SMRTI OSIGURANIKA USLIJED BOLESTI	
PODACI POVODOM SMRTI	
a) Neposredni uzrok smrti je bolest (naziv), od koje je-nije liječen:	
b) Liječenje provedeno u vremenu od-do; kod kuće; u bolnici (kojoj):	
c) Ime liječnika koji je liječio osiguranika:	
PODACI O RANIJEM BOLOVANJU	
a) Liječio se godine, od bolesti (naziv):	
b) Liječen kod kuće; u bolnici (kojoj):	
c) Imena i adrese liječnika koji su ga liječili:	

B. PODACI O KORISNIKU I ISPLATI	
a) Ime i prezime korisnika, rodbinski odnos, te adresa:	
b) Način isplate korisniku, naziv i broj računa:	

C. PODACI O PRILOŽENIM ISPRAVAMA	
a) Broj police:	
b) Potvrda o posljednjoj plaćenju premiji za mjesec/god.	
c) Izvod iz matične knjige	<input type="checkbox"/> umrlih <input type="checkbox"/> vjenčanih <input type="checkbox"/> rođenih
d) Ostale isprave:	

OPASKA: Pod A. u potpunosti popuniti samo za slučaj smrti uslijed bolesti, ostalo obvezno popuniti i okružiti.

Mjesto i datum:

Podnositelj prijave-korisnik

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POTVRDA	
ZA DJELATNIKA-CU	
Ime i prezime:	
Mjesto:	
Ulica i broj:	
Uposlen kod:	
Osiguran policom broj:	
Neprekidno bolovanje od-do:	
Premija po toj polici plaćena za razdoblje od-do:	
Iznos police u KM:	
Datum plaćanja:	
Broj osoba:	
ZA SUPRUŽNIKA-DIJETE	
Ime i prezime djelatnika:	
Ime i prezime supružnika-djeteta:	
Datum rođenja:	
Osiguran od nezgode policom broj:	
Premija po toj polici plaćena za razdoblje od-do:	
Iznos u KM:	
Datum plaćanja:	
Broj osoba:	
Žig i potpis odgovorne osobe:	

Za CROATIA OSIGURANJE D.D.

\_\_\_\_\_  
(potpis od odgovorne osobe)