CROATIA OSIGURANJE
utemeljeno 1884.

CROATIA OSIGURANJE d.d. ZAGREB

Podružnica .....

Polica br. .....

Šteta br. .....

PRIJAVA SMRTI ZBOG NESRETNOG SLUČAJA

PODACI O OSIGURANIKU

1. a) Ime i prezime .....
   b) Datum i mjesto rođenja .....
   c) JMBG
   d) Zanimanje .....
   e) Adresa stanovanja, ulica, kbr. .....

PODACI O DOGAĐAJU

1. Datum i sat kada se dogodio nesretni slučaj? ..... 2..... u ..... sati
2. Datum i sat smrti ..... 2..... u ..... sati
3. Opis događaja – mjesto – vrijeme, način i uzrok nastanka nesretnog slučaja .....
4. Ime i prezime i šifra liječnika koji je pružio prvu pomoć .....
5. Da li se osiguranik liječio od posljedica nesretnog slučaja? DA NE
6. Ako se osiguranik liječio u bolnici, u kojoj i koliko dugo? .....
7. Da li je smrt nastupila kao isključiva posljedica nesretnog slučaja? DA NE
8. Postoji li sumnja da je smrt nastupila samoubojstvom ili zbog pokušaja istog? DA NE
9. Da li je osiguranik umro u bolnici? U kojoj? .....
10. Da li je osiguranik bio pod utjecajem alkohola ili droge? DA NE
11. Ima li sumnje da su smrt uzrokovale treće osobe? DA NE
12. Da li je izvršena obdukcija? DA NE
13. Da li je o ovom smrtnom slučaju provedena istraga? DA NE
    Ako DA, koji su je organi vodili? .....

PODACI O KORISNIKU

1. a) Ime i prezime .....
   b) Adresa stanovanja, ulica i kbr., broj telefona .....
   c) Broj osobne iskaznice .....
   d) Srodstvo s osiguranikom .....

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio točno, istinito i potpuno.

U ....., dne ..... 2.....

.....
(potpis podnositelja prijave)

N-11/c – III 97.

Tisak: »LITOGRAF«, Zagreb

UGOVARATELJ: ..... *MATIČNI BROJ* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(matični broj ugovaratelja)

POTVRDA

Za djelatnika-cu

kojom potvrđujemo da je djelatnik(ca) ..... *iz* .....
(ime i prezime)
ulica i kbr. ..... *uposlen kod nas od* ....., *da je osiguran(a) od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) policom broj* ....., *te da je bio – bila NEPREKIDNO NA BOLOVANJU od* ..... 2 ..... *godine.*

Premija po toj polici plaćena je za razdoblje od ..... 2 ..... *do* ..... 2 .....
u iznosu od ..... *kn dne* ..... 2 ..... *za* ..... *osoba.*

Za supružnika – dijete

Potvrđujemo da je od djelatnika(ce) .....
(ime i prezime)
supružnik – dijete ..... *rođen* ..... *osiguran od posljedica nesretnog slučaja (nezgode) policom broj* .....

Premija po toj polici plaćena je za razdoblje od ..... 2 ..... *do* ..... 2 .....
u iznosu od ..... *kn dne* ..... 2 ..... *za* ..... *osoba.*

U ....., *dne* ..... 2 .....

.....
(ime i prezime odgovorne osobe)

.....
(žig i potpis)

OCJENA I MIŠLJENJE LIJEČNIKA CENZORA POSLOVNE JEDINICE:

U ....., *dne* ..... 2 .....

.....
(faksimil i potpis liječnika)