



БРОЈ ПОЛИСЕ

ПРИЈАВА СМРТНОГ СЛУЧАЈА ПО КОЛЕКТИВНОМ ОСИГУРАЊУ ЖИВОТА

УГОВАРАЧ	_____	_____
	Назив	МБ
ОСИГУРАНИК	_____	_____
	Име и презиме	ЈМБГ
ПОДАЦИ О СМРТНОМ СЛУЧАЈУ	<input type="checkbox"/> Природна смрт	Датум и време настанка
	<input type="checkbox"/> Смрт услед несрећног случаја	
	Узрок смрти	Место настанка
КОРИСНИК	_____	_____
	Име и презиме	ЈМБГ
	Број личног документа и место издавања	Телефон
	Место становања и поштански број	E-mail
	Адреса становања	
	Ако је одређено више корисника, наведите њихове податке:	
Име и презиме; ЈМБГ; Бр. личног документа и место издавања; Адреса становања; Место и поштански број; Фиксни и мобилни телефон; E-mail		

ДОКУМЕНТА ПРИЛОЖЕНА УЗ ЗАХТЕВ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Фотокопија личног документа/очитана лична карта | Доказ о праву на исплату осигуране суме у случају смрти: |
| <input type="checkbox"/> Фотокопија картице динарског рачуна | |
| <input type="checkbox"/> Извод из матичне књиге умрлих | <input type="checkbox"/> Извод из матичне књиге рођених |
| <input type="checkbox"/> Потврда о смрти | <input type="checkbox"/> Решење о наслеђивању (уколико су корисници законски наследници) |
| <input type="checkbox"/> Потврда уговарача осигурања за пријављену обавезу | <input type="checkbox"/> Решење о старатељству |
| <input type="checkbox"/> Додатна документација: _____ | |

Напомена

- Обележити поља испред документа који је достављен
- Попуњену и потписану Пријаву заједно са наведеном документацијом доставите најближој филијали Компаније „Дунав осигурање“, или слањем препоручене пошиљке на адресу Компанија „Дунав осигурање“ а.д.о., Дирекција за животна осигурање, Сектор за штете, улица Колачева 7/VI, 11 000 Београд
- Осигуравач задржава право да захтева и додатну документацију у циљу утврђивања обавезе
- У случају да је уговорено више корисника, потребан је потпис свих наведених корисника у Пријави

Место и датум

Потпис корисника

Примио Пријаву уз наведену документацију:

Место и датум

За Компанију „Дунав осигурање“ а.д.о. (име, презиме и потпис)

Потписом на овој Пријави, корисник осигурања потврђује да је упознат да ће осигуравач његове личне податке који су садржани у овој Пријави, као и све друге релевантне податке који у поступку обраде штете буду утврђени и прикупљени од трећих лица, чувати, обрађивати, користити и пренети својим запосленима и трећим лицима (у складу са Законом) са којим уговарач има закључен уговор о пружању услуга и реосигурању, а у сврху извршења обавеза одређених уговором о осигурању. Својим потписом корисник потврђује да је изричито сагласан да осигуравач његове податке из претходног става може чувати, обрађивати и користити у статистичке сврхе, у сврхе праћења ризика у току трајања осигурања и процене ризика при обнови или закључењу будућих уговора о осигурању, као и да их може проследити трећим лицима са којима осигуравач остварује сарадњу у поступку испуњења обавеза и трећим лицима која по Закону и природи посла који обављају морају имати приступ тим подацима



**ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА ЗА ПРИЈАВЉЕНУ ОБАВЕЗУ
ПО КОЛЕКТИВНОМ ОСИГУРАЊУ ЖИВОТА**

Полиса број _____

Матични број уговарача осигурања _____

Овим потврђујем да је _____, ЈМБГ _____
(име и презиме осигураника)

са станом у _____, улица _____,

општина _____ пошта бр. _____ био(ла) запослен(а) код нас на:

- Одређено време од _____ до _____
- Неодређено време, непрекидно од _____

Да је наведени осигураник, осигуран за случај смрти, по колективном осигурању живота
_____ код Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о.

У _____, _____ године

_____ (печат и потпис овлашћеног лица)

ОБ-672