

1. a) Ime in priimek zavarovane osebe b) Davčna številka zavarovane osebe c) Datum in kraj rojstva d) Točen naslov e) Številka in naziv pošte	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
2. a) Ime in priimek upravičenca b) Davčna številka upravičenca c) Datum in kraj rojstva d) Točen naslov e) Številka in naziv pošte f) Telefonska številka g) Elektronski naslov	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
3. Podatki o zavarovančevi smrti a) Datum smrti b) Kraj smrti c) Smrt je nastopila: (ustrezno označite) d) Vzrok smrti e) Ali obstaja sum samomora? f) Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba? g) Ali je bila opravljena obdukcija? h) Ali je primer obravnavala policija?	a) _____ b) _____ c) doma c2) v bolnišnici c3) v prometu c4) drugo: _____ d) _____ NE DA NE DA NE DA Če "DA", v kateri ustanovi? _____ NE DA Če "DA", katera policijska postaja? _____
4. Izpolnite, če je vzrok smrti bolezen a) Diagnoza bolezni b) Datum postavitve diagnoze	a) _____ b) _____
5. Izpolnite, če je vzrok smrti nezgoda a) Datum nezgode b) Natančen opis nezgodnega dogodka (natančno opišite kje, kako in zakaj je prišlo do nezgodnega dogodka) c) Ali obstaja sum prisotnosti alkohola v času nezgode? d) Ali obstaja sum prisotnosti mamil v času nezgode? e) Ali obstaja sum prisotnosti psihoaktivnih zdravil v času nezgode?	a) _____ b) _____ _____ _____ _____ NE DA NE DA NE DA
6. a) Ime in priimek zavarovančevega izbranega osebnega zdravnika b) Zdravstvena ustanova izbranega osebnega zdravnika	a) _____ b) _____

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Namerno oz. zavestno navajanje neresničnih podatkov ali zamolčanje okoliščin, ki so pomembne za obravnavanje zavarovalnega primera, ima za posledico delno ali popolno izgubo pravice do zavarovalnine. V kolikor bi se v obravnavanem zavarovalnem primeru naknadno ugotovil razlog za izgubo zavarovalnih pravic, se zavezujem vrniti vso prejeto zavarovalnino vključno z obrestmi in nastalimi stroški.

Strinjam se, da mi GRAWE zavarovalnica, d.d., vso pisno korespondenco v zvezi s tem zavarovalnim primerom pošilja po elektronski poti:

DA NE

(Kraj, datum)

(Podpis upravičenca)