PRIJAVA ZA PRIMER TRAJNE POPOLNE NEZMOŽNOSTI ZA DELO/TRAJNE POPOLNE TELESNE OKVARE

(pri življenjskem zavarovanju kreditojemalcev)

Groupama Zavarovalnica

PODATKI O ZAVAROVALNI POLICI:	
Številka zavarovalne police	
PODATKI O VLAGATELJU PRIJAVE:	
Ime in priimek ali naziv	
Ulica in hišna številka	
Poštna številka in kraj	
E-poštni naslov	
Mobilna številka	
DŠ	
PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI:	
Ime in priimek zavarovane osebe	
Ulica in hišna številka	
Poštna številka in kraj	
DŠ	
PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU:	
Datum zavarovalnega primera (datum, ko je s strani ZPIZa ugotovljena Invalidnost I. kategorije/popolna trajna telesna okvara) Vzrok zavarovalnega primera	
Katera nezgoda/bolezen je povzročila invalidnost I. kategorije/trajno popolno telesno okvaro?	
Opis posledic nezgode/bolezni in zdravljenje	
Ali je bila zavarovana oseba v času nezgode, ki je povzročila invalidnost I. kategorije/trajno popolno telesno okvaro pod vplivom alkohola ali drog?	Da / Ne

PODATKI O UPRAVIČENCU ZAVAROVANJA:	
Naziv in poslovna enota banke	
Ulica in hišna številka	
Poštna številka in kraj	
Naziv banke in BIC za nakazilo	
TRR	
Sklic	

S podpisom potrjujem, da sem na vsa vprašanja odgovoril/–a pravilno, resnično in v celoti ter da sem prejel/–a, prebral/–a in razumel/–a informacije o uporabi osebnih podatkov Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica. Seznanjen/–a sem, da se zbrani podatki lahko uporabljajo za namene obdelave zahtevkov in za namen, ki sovpada z namenom, za katerega so bili zbrani, vse v skladu s predpisi o varstvu osebnih podatkov.

PRIJAVA ZA PRIMER TRAJNE POPOLNE NEZMOŽNOSTI ZA DELO/TRAJNE POPOLNE TELESNE OKVARE

(pri življenjskem zavarovanju kreditojemalcev)

Groupama Zavarovalnica

Ime poslovalnice, kjer je bil vložen zahtevek:	
E-poštni naslov poslovalnice:	

Ime in priimek zastopnika, ki je prejel zahtevek:	Podpis zastopnika, ki je prejel zahtevek:
Kraj in datum:	**Podpis vlagatelja prijave:**

DOKUMENTACIJA, KI JE POTREBNA ZA OBRAVNAVO PRIJAVE:

- Obrazec - Prijava za primer popolne trajne nezmožnosti za delo
- Pravnomočna odločba invalidske komisije Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije o priznani invalidnosti I. kategorije/priznani popolni trajni telesni okvari
- Kopija policijskega poročila oziroma drugega poročila o nezgodi
- Presežni rezultati testov krvi in urina za alkohol v času nastanka nezgode
- Vsa dokumentacija o zdravljenju posledic nezgode zavarovane osebe
- Načrt odplačevanja kredita, na podlagi katerega je določena obveznost zavarovalnice
- Druga dokumentacija na zahtevo zavarovalnice, ki je potrebna za ugotavljanje utemeljenosti zahtevka za izplačilo zavarovalnine

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV DOKUMENTACIJE:

Vso dokumentacijo, potrebno za prijavo nastanka zavarovalnega primera, je potrebno predložiti v slovenskem jeziku.

Zbrano dokumentacijo je potrebno posredovati osebno ali po pošti na naslov:

Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica
Ajdovščina 4
1000 Ljubljana

oziroma z zaklenjeno datoteko po e-pošti na:
skode@groupama.si

GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG, Budimpešta,
Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica, Ajdovščina 4, 1000 Ljubljana

Družba je vpisana pri okrožnem sodišču v Ljubljani. Matična številka: 9117725000, Davčna številka: 72608790,
Glavni račun: SI56 0310 0100 3687 715, SKB banka d.d. Ljubljana, Osnovni kapital: 9 376 000 000 HUF, v celoti vplačan