

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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj in datum:	Podpis vlagatelja prijave:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
Dunajska cesta 128A
1000 Ljubljana

oziroma z zaklenjeno datoteko po e-pošti na:

skode@groupama.si

GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Budimpešta, Madžarska

Groupama Biztosító Zrt. Zavarovalnica, Podružnica, Dunajska cesta 128A, 1000 Ljubljana
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani Srg 2022/46955. Matična številka: 9117725000, Davčna številka: SI72608790.
TRR: SI56 0400 0027 7728 983, OTP banka dd. Osnovni kapital: 9.376.000.000 HUF, v celoti vplačan.