



Zahtjev za isplatom osigurnine po nastanku nesretnog slučaja

1. Podaci o polici osiguranja

1.1. Broj police _____ Trajanje osiguranja _____

1.2. Ugovaratelj Osiguranja

IME I PREZIME/NAZIV _____ ADRESA _____

OIB _____ EMAIL _____ TELEFON _____

1.3. Osiguranik

IME I PREZIME/NAZIV _____ ADRESA _____

OIB _____ EMAIL _____ TELEFON _____

1.4. Korisnik osiguranja (za slučaj da je korisnik malodobna osoba, popunjava roditelj/zakonski zastupnik)

IME I PREZIME/NAZIV _____ ADRESA _____

OIB _____ EMAIL _____ TELEFON _____

2. Podaci o nesretnom slučaju:

Mjesto i adresa nastanka

smrt nezgoda

2.1. Datum i sat nastanka _____

2.2. Opis događaja

2.3. Opis zadobivenih ozljeda

2.4. Svjedoci nesretnog slučaja

2.5. Je li vršen očevid povodom nesretnog slučaja

AKO DA, KOJA PU

2.6. Je li povodom nesretnog slučaja pokrenut postupak

(prekršajni/kazneni) AKO DA KOD KOJEG TIJELA, ADRESA

2.7. Je li osiguranik bio pod utjecajem alkohola/droga

AKO DA, ŠTO I U KOJOJ MJERI?

2.8. Mjesto pružanja prve pomoći (ustanova/ime i prezime liječnika)

2.9. Je li osiguranik boravio u bolnici zbog posljedica nesretnog slučaja? _____ DA / NE

NAZIV I ADRESA BOLNICE _____ KOLIKO DANA JE TRAJALO BOLNIČKO LIJEČENJE _____



Račun za isplatu

NAZIV
BANKE

IBAN

MJESTO I DATUM

POTPIS/PEČAT
UGOVARATELJA

POTPIS KORISNIKA

3. Potvrda ugovaratelja o statusu osiguranika (za ugovaratelja pravnu osobu/ustanovu)

UGOVARATELJ (NAZIV, ADRESA)

OIB

POTVRĐUJEMO DA JE (IME I PREZIME)

OIB

U SVOJSTVU (UČENIKA/RADNIKA)

RAZRED

RADNO MJESTO

OSIGURANIK PO POLICI OSIGURANJA BROJ

MJESTO I DATUM

POTPIS ODGOVORNE OSOBE UGOVARATELJA / PEČAT

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i potpuno. Ovlašćujem sve liječnike koji su liječili osiguranika kao i nadležne organe koji su provodili istragu u svezi s prijavljenim nesretnim slučajem da mogu dati sve podatke o nesretnom slučaju koje traži AGRAM LIFE osiguranje d.d.

Uz zahtjev potrebno je dostaviti:

- 1] cjelokupnu medicinsku dokumentaciju vezanu uz predmetni događaj
- 2] dokaz o načinu nastanka osiguranog slučaja [zapisnik o očevidu i izvršenom alkotestiranju/testiranju na narkotike]
- 3] ovjerenu presliku cjelokupnog zdravstvenog kartona [samo na zahtjev osiguratelja]
- 4] presliku osobne iskaznice/preslika registracije tvrtke pri trgovačkom sudu
- 5] podatak o bankovnom računu za isplatu.

Vlastoručno popunjen i potpisan zahtjev dostavite sa svom potrebnom dokumentacijom osobno ili poštom na adresu: AGRAM LIFE osiguranje d.d., Trnjanska cesta 108, 10 000 Zagreb.

Potpisom dajem suglasnost AGRAM LIFE osiguranju d.d. da se moji osobni podaci mogu koristiti u skladu sa Općom Uredbom o zaštiti podataka (EU) 2016/ 679-GDPR i potvrđujem da sam upoznat da danu suglasnost mogu pisanim putem (poštom, e-mailom) opozvati u bilo kojem trenutku.

Besplatan info telefon: **0800 1140**