

Prijava i zahtjev za isplatom po nastanku nesretnog slučaja

Broj police:

OIB: 18742666873 MB: 1292463

Podaci o osiguraniku:

Ime i prezime Ulica i kućni broj

Poštanski broj Mjesto

MBG/MB OIB

Telefon GSM

e-mail @ Zanimanje

Naziv poduzeća u kojem radi i poslove koje obavlja

Podaci o korisniku:

Ime i prezime/Naziv Ulica i kućni broj

Poštanski broj Mjesto

MBG/MB OIB

Telefon GSM

Podaci o nesretnom slučaju:

Datum i sat nastanka Mjesto nastanka Uzrok nastanka:

Ime i prezime liječnika koji je pružio prvu pomoć Adresa

Navedi podatke vezane uz nezgodu: Konzumacija alkohola, droge, lijekova Mogu li se očekivati trajne posljedice DA NE

Svjedoci nesretnog slučaja [Ime/Prezime i adresa]: DA NE Prognoza o ozljedama iz medicinske dokumentacije:

..... Ako da, kada, što i u kojoj mjeri:

.....

Kakvo je Vaše sadašnje zdravstveno stanje?

U slučaju prometne nezgode navesti: Da li je vođen bilo kakav istražni postupak

Ime i prezime vozača DA NE

Imena i prezimena ostalih vozača Koji su organi vodili istragu?

Imena i prezimena ostalih sudionika

Opis nastanka nesretnog slučaja:

.....

.....

Opis ozljeda nastalih uslijed nesretnog slučaja:

.....

.....

Podaci o liječenju:

Da li ste boravili u bolnici zbog posljedica nesretnog slučaja? DA NE Naziv i adresa ustanove u kojoj ste se liječili

Koliko dana ste boravili u bolnici? Ime i prezime Vašeg liječnika opće prakse Naziv i adresa ustanove kod koje se vodi zdravstveni karton

.....

Da li postoje ostale police osiguranja po kojima ima osnova za isplatu u navedenom slučaju: DA NE

[u slučaju postojanja molimo označite sa X]

Nezgode/kolektivne nezgode Nezgode uz policu AO ili AK Policu osiguranja života

Da li ste kod nekog drugog društva podnijeli zahtjev za isplatu: DA NE Ako da, kod kojeg?

Podaci o računu korisnika osiguranja na koji će se vršiti uplata:

1] Naziv banke

2] Broj žiro računa -

3] Broj tekućeg računa -

Mjesto/datum: Potpis osiguranika: Korisnika:

M.P.

NAPOMENA:

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 smrtnim slučajem da mogu dati sve podatke o smrtnom slučaju koje traži Agram životno 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 alkoholtestiranju/testiranju na narkotike] 3] ovjerenu presliku cjelokupnog zdravstvenog kartona [samo na zahtjev osiguratelja] 4] presliku osobne iskaznice/presliku registracije tvrtke pri trgovačkom sudu 5] presliku kartice tekućeg/žiro računa. Vlastoručno popunjen i potpisan zahtjev dostavite sa svom potrebnom dokumentacijom osobno u naše najbliže prodajno mjesto ili na adresu: **Agram životno osiguranje d.d.**, Trnjanska cesta 108, 10 000 Zagreb

Sklopanjem ovog ugovora, ugovaratelj osiguranja ovlašćuje Agram životno osiguranje d.d. da prikuplja i dalje obrađuje njegove osobne podatke te ovlašćuje Agram životno osiguranje d.d. da obrađuje i koristi osobne podatke osiguranika i korisnika osiguranja, na temelju prethodne pribavljene suglasnosti osiguranika i korisnika osiguranja dane ugovaratelju osiguranja, sve u svrhu obavljanja svog predmeta poslovanja u trajanju definiranim internim aktom Agram životnog osiguranja d.d. kojim se određuje obrada, korištenje i vremensko trajanje čuvanja osobnih podataka, te je ugovaratelj osiguranja suglasan da Agram životno osiguranje d.d. njegove osobne podatke obrađuje u marketinške svrhe, sve dok ne uskrati svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Besplatan info telefon: **0800 1140**