

# Izjava o plaćanju premije administrativnom zabranom

Broj ponude/police: .....

Podaci u ugovaratelju:

Ime i prezime/Naziv ..... Ulica i kućni broj .....  
Poštanski broj ..... Mjesto .....  
MBG/MB ..... OIB .....  
Telefon ..... GSM .....  
e-mail ..... @ .....

Podaci o tvrtci zaposlenja:

Naziv/Tvrtka društva ..... Ulica i kućni broj .....  
Poštanski broj ..... Mjesto .....  
MB ..... OIB .....  
Telefon ..... GSM .....  
Kontakt osoba .....

Iznos rate: ..... EUR [srednji tečaj HNB-a na dan plaćanja]

Premija život ..... EUR

Premija nezgoda ..... EUR

Na temelju navedene ponude/police osiguranja, a na zahtjev našeg zaposlenika ..... radi urednog plaćanja dospjelih rata premije životnog osiguranja osiguranika, pod uvjetima iz police, obvezujemo se da ćemo istovremeno s isplatom plaće zaposleniku obustavljati dospjeli iznos rate premije i obustavljeni dospjeli iznos uplaćivati u utvrđenim rokovima u korist:

**Naziv:** Agram životno osiguranje d.d.

**Adresa:** Zagreb, Trnjanska cesta 108

**Žiro-račun:** 2481000-1310000029

**Poziv na broj:** 02 ..... [molimo, upisati broj police]

**Dospijeće rata:**  mjesečno  kvartalno  polugodišnje  godišnje

Počevši od ..... do .....

u iznosu od ..... EUR u kunsjoj protuvrijednosti po srednjem tečaju HNB-a na dan plaćanja.

Jednako tako obavezujemo se:

- da nećemo administrativnu zabranu skidati dok ugovaratelj osiguranja u potpunosti ne izmiri svoje dugovanje prema Agram životnom osiguranju d.d., osim u slučaju da više nije kod nas u radnom odnosu te se tada ova administrativna zabrana ukida,
- da ćemo Agram životno osiguranje d.d. obavijestiti o prestanku radnog odnosa ugovaratelja osiguranja u roku 8 dana od nastale promjene.

U slučaju nepridržavanja preuzetih obveza po ovoj administrativnoj zabrani snosimo odgovornost za nastalu štetu Agram životnom osiguranju d.d.

Mjesto/datum: .....

Potpis zaposlenika: .....

Potpis odgovorne osobe: .....

M.P.

## NAPOMENA:

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. Sklapanjem 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 uskrti svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Besplatan info telefon: **0800 1140**

# Izjava o plaćanju administrativnom zabranom

Broj ponude/police: .....

Podaci u ugovaratelju:

Ime i prezime/Naziv ..... Ulica i kućni broj .....  
Poštanski broj ..... Mjesto .....  
MBG/MB ..... OIB .....  
Telefon ..... GSM .....  
e-mail ..... @ .....

Podaci o tvrtci zaposlenja:

Naziv/Tvrtka društva ..... Ulica i kućni broj .....  
Poštanski broj ..... Mjesto .....  
MB ..... OIB .....  
Telefon ..... GSM .....  
Kontakt osoba .....

Iznos rate: ..... EUR [srednji tečaj HNB-a na dan plaćanja]

Premija život ..... EUR

Premija nezgoda ..... EUR

Na temelju navedene ponude/police osiguranja, a na zahtjev našeg zaposlenika ..... radi urednog plaćanja dospjelih rata premije životnog osiguranja osiguranika, pod uvjetima iz police, obvezujemo se da ćemo istovremeno s isplatom plaće zaposleniku obustavljati dospjeli iznos rate premije i obustavljeni dospjeli iznos uplaćivati u utvrđenim rokovima u korist:

**Naziv:** Agram životno osiguranje d.d.

**Adresa:** Zagreb, Trnjanska cesta 108

**Žiro-račun:** 2481000-1310000029

**Poziv na broj:** 02 ..... [molimo, upisati broj police]

**Dospijeće rata:**  mjesečno  kvartalno  polugodišnje  godišnje

Počevši od ..... do .....

u iznosu od ..... EUR u kunsjoj protuvrijednosti po srednjem tečaju HNB-a na dan plaćanja.

Jednako tako obavezujemo se:

- da nećemo administrativnu zabranu skidati dok ugovaratelj osiguranja u potpunosti ne izmiri svoje dugovanje prema Agram životnom osiguranju d.d., osim u slučaju da više nije kod nas u radnom odnosu te se tada ova administrativna zabrana ukida,
- da ćemo Agram životno osiguranje d.d. obavijestiti o prestanku radnog odnosa ugovaratelja osiguranja u roku 8 dana od nastale promjene.

U slučaju nepridržavanja preuzetih obveza po ovoj administrativnoj zabrani snosimo odgovornost za nastalu štetu Agram životnom osiguranju d.d.

Mjesto/datum: .....

Potpis zaposlenika: .....

Potpis odgovorne osobe: .....

M.P.

## NAPOMENA:

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. Sklapanjem 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 uskrti svoju privolu na daljnje korištenje istih.

Besplatan info telefon: **0800 1140**