

Prijava i zahtjev za isplatom za slučaj smrti



AGRAMLIFE
OSIGURANJE

Broj police:

OIB: 18742666873

Podaci o osiguraniku:

Ime i prezime: Ulica i kućni broj:
Poštanski broj: Mjesto:
OIB:
Spol osiguranika: ☐ M ☐ Ž

Podaci o smrtnom slučaju:

Datum i sat nastanka: Mjesto nastanka: Uzrok smrti: ☐ Bolest ☐ Nezgoda

Ime i prezime osobe koja je prijavila smrt:

Uzrok smrti: Sumnja li se na samoubojstvo: Da li je obavljena obdukcija: ☐ DA ☐ NE
Naveći bolest ili stanje koje je prethodilo: ☐ DA ☐ NE Ako da, kada, u kojoj ustanovi, tko ju je obavio?
..... Je li bilo utjecaja alkohola ili droge:
..... ☐ DA ☐ NE

U slučaju prometne nezgode navesti:

Ime i prezime vozača Da li je vođen bilo kakav istražni postupak?
..... ☐ DA ☐ NE
Imena i prezimena ostalih vozača Koji su organi vodili istragu?
Imena i prezimena ostalih sudionika

Ako je uzrok nezgoda - navesti točan i detaljan opis:

Ime i prezime liječnika koji je ustanovio smrt: Adresa [grad i ulica te broj]:

Podaci o liječenju:

Kada se osiguranik počeo liječiti od bolesti Ime i prezime liječnika opće
koja je neposredno uzrokovala smrt? medicine koji je liječio osiguranika:
Datum posljednjeg pregleda: U kojoj se ustanovi liječio? 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 označiti 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 korisniku:

Ime i prezime/Naziv: Ulica i kućni broj:
Poštanski broj: Mjesto:
OIB: E-mail:
Telefon: GSM:

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

1] Naziv banke:
2] IBAN:

Mjesto/datum: Potpis korisnika:

M.P.

M.P.

NAPOMENA:

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la istinito i potpuno. Ovlašćujem sve liječnike koji me liječe i koji su me liječili 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 LIFE osiguranje d.d.
Uz ovaj zahtjev potrebno je dostaviti: 1) original polica osiguranja 2) smrtni list ili izvadak iz matice umrlih 3) dokaz o uzroku smrti [potvrda o smrti ili prijava činjenice smrti] 4) ovjerena preslika cjelokupnog zdravstvenog kartona [ukoliko se radilo o smrti zbog bolesti] 5) zapisnik o očevidu i analiza alkohola u krvi [ili prisutnost narkotičkih sredstava] ukoliko se radi o smrti uslijed nezgode 6) obdukcijski nalaz [ukoliko je rađen] 7) dokaz o srodstvu u smislu zakona o nasljeđivanju [rješenje o nasljeđivanju] 8) dokaz o identitetu korisnika [rođni list, preslika osobne iskaznice/preslika registracije tvrtke pri Trgovačkom sudu] 9) preslika kartice tekućeg/ziro računa korisnika.
Vlastoručno popunjen i potpisan zahtjev dostavite sa svom potrebnom dokumentacijom osobno u naše najbliže prodajno mjesto ili na adresu: **AGRAM LIFE osiguranje d.d.**, Trnajska 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**