

ZAHTEJEV 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 RODITELI/ZAKONSKI ZASTUPNIK)

IME I PREZIME/NAZIV

ADRESA

OIB

EMAIL

TELEFON

2. PODACI O NESRETNOM SLUČAJU

2.1. DATUM I SAT NASTANKA

MJESTO I ADRESA 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 – TVRTKU ILI OBRT)

UGOVARATELJ (NAZIV, ADRESA)

OIB

POTVRĐUJEMO DA JE (IME I PREZIME)

OIB

U SVOJSTVU RADNIKA

RADNO MJESTO

OSIGURANIK PO POLICI OSIGURANJA BROJ

MJESTO I DATUM

POTPIS ODGOVORNE OSOBE UGOVARATELJA / PEČAT

4. POTVRDA UGOVARATELJA O STATUSU OSIGURANIKA (ZA UGOVARATELJA OBRAZOVNU USTANOVU)

UGOVARATELJ (NAZIV, ADRESA)

OIB

POTVRĐUJEMO DA JE (IME I PREZIME)

OIB

U SVOJSTVU UČENIKA

RAZRED

OSIGURANIK PO POLICI OSIGURANJA BROJ

TE DA ZBOG OZLJEDA KOJE JE IMAO U SVEZI S NAVEDENIM NESRETNIM SLUČAJEM NIJE POHADAO NASTAVU (NIJE BIO SPOSOBAN ZA NASTAVNI RAD)

U VREMENU OD

DO

MJESTO I DATUM

POTPIS ODGOVORNE OSOBE UGOVARATELJA / PEČAT

Podnositelj zahtjeva obavezno popunjava sva polja izuzev polja pod brojem ③ koja popunjava ugovaratelj pravna osoba odnosno obrazovna ustanova.

Dokazi pod brojem ⑥ i ⑦ se dostavljaju ako je ugovaratelj obrazovna ustanova.

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 alkoktestiranju/testiranju na narkotike]
- 3] ovjerenu presliku cjelokupnog zdravstvenog kartona [samo na zahtjev osiguratelja]
- 4] presliku osobne iskaznice/preslika registracije tvrtke pri trgovačkom sudu
- 5] presliku kartice tekućeg/žiro računa
- 6] dokaz o srodstvu (izvod iz matice rođenih)
- 7] ispričnicu za nepohađanje nastave

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.