Hrvatska agencija za osiguranje depozita

Zagreb, Jurišićeva 1/II

**ZAHTJEV ZA POKRIĆE OSNOVNIH ŽIVOTNIH TROŠKOVA**

Naziv kreditne institucije:

**Podaci o podnositelju:**

Deponent:
Ime i prezime:

OIB:

Adresa prebivališta:

Država:

Iznos depozita kod kreditne institucije:

Iznos dospjelih obveza prema kreditnoj instituciji:

Račun za isplatu:

E-mail:

Broj telefona/mobitela:

**Opis zahtjeva**

Mjesto i datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis podnositelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uz Zahtjev za isplatu obeštećenja treba priložiti:

1. Presliku identifikacijskog dokumenta podnositelja Zahtjeva,
2. Presliku dokumenta o depozitu (ugovor, kartica i sl.),
3. Presliku dokumenta sa brojem računa na koji će se izvršiti isplata

Popunjeni Zahtjev za pokriće osnovnih životnih troškova, s priloženim dokumentima, dostavite Hrvatskoj agenciji za osiguranje depozita, Zagreb, Jurišićeva 1/II, preporučenom pošiljkom.

Agencija je dužna bez odgađanja ispitati podneseni Zahtjev, a svoju obvezu isplate sredstava za pokriće osnovnih životnih potreba ili odgovor na Zahtjev dužna je ispuniti najkasnije u roku od pet radnih dana od dana zaprimanja Zahtjeva.

Za sve informacije o stupnju rješavanja Zahtjeva kontaktirati Agenciju na gornju adresu ili na broj telefona 01 4813-222.