

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЛИЦА ОД НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ - НЕЗГОДА

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА, Скопје - Виена Иншуренс Груп
Адреса: ул. 11 Октомври бр. 25, П. факс: 27, 1000 Скопје, Република Северна Македонија
Телефон: +389 (0)2 3115 188 • Факс: +389 (0)2 3137 154 • e-mail: info@insumak.mk • www.insumak.mk

Штета број:

Полиса број:

Тарифа на премии:

Траење на осигурувањето:

Од:

До:

Име и презиме:

ЕМБГ:

Адреса:

Место:

Адреса за пошта:

Место:

Трансакциска с/ка:

Депонент банка:

Вработен/а во:

Место:

Е - пошта:

Телефон:

За државјани на САД задолжително да се пополни број на осигурувањето од:

Здравствено:

Социјално:

Се бара надомест за:

☐ 1. Траен инвалидитет

☐ 3. Смрт од последица на болест

☐ 5. Трошоци за лекување

☐ 2. Смрт од последица на несрекен случај

☐ 4. Дневен надомест

☐ 6.

По основ на:

Индивидуално осигурување: Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.
Колективно осигурување: Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.
Возач, патник, работник: Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.
Патник во јавен превоз: Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.
Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.
Полиса број:	Траење на осиг. од	20 г.	до	20 г.

Датум на несреќниот случај: 20 год.

Опис на несреќниот случај:

Повреди што ги предизвикал несреќниот случај:

Доказ:

Повредениот е ☐ - не е ☐ здравствено осигурен

Иста повреда: имав ☐ немав ☐ на 20 г.

Боледување: Од: 20 год.

До: 20 год.

Изјава за лични податоци: Јас, долупотпишаниот, изјавувам дека сум согласен моите лични податоци во оваа Пријава на штета, вклучувајќи ги ЕМБГ и другите податоци што може да се категоризираат како посебна категорија на лични податоци:

- да бидат обработувани од страна на осигурувачот заради остварување на целите на решавање на отштетно побарување и заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни или во други законски постапки;

- да бидат предмет на трансфер од страна на осигурувачот во други држави-членки на ЕУ и во држави што не се членки на ЕУ по претходно одобрение од страна на ДЗЛП.

Јас, долупотпишаниот, изјавувам дека сум запознат со правото на увид и на информација во врска со обработка и со исправка на моите лични податоци. Јас, долупотпишаниот, заради потврдување на веродостојноста на податоците нотирани во оваа Пријава на штета, како и заради евентуална заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни и во други постапки определени со закон, а врз основа на законските обврски на осигурувачот, изјавувам дека сум согласен

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојата лична карта ☐

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка ☐ возачка дозвола ☐ сообраќајна книшка ☐

Во , на 20 год. Потпис на осигуреникот:

(печат за правно лице)

Примено на 20 год.

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.