

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ



ОСИГУРУВАЊЕ
МАКЕДОНИЈА



VIENNA INSURANCE GROUP

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

Штета број:

1. Се пополнува за сите штети

Датум на настанување на осигурениот случај:	Место:		
Име и презиме на осигуреникот:	ЕМБГ:		
Адреса:	Место:	Тел.:	
Адреса за пошта:	Место:	Тел.:	
Адреса во странство:	Место:	Тел.:	
За државјани на САД задолжително да се пополни број на осигурувањето од: Здравствено:	Социјално:		
Број на полиса:	Тип:	Дополнителна незгода: <input type="checkbox"/>	Спортска незгода: <input type="checkbox"/>
Вид на патување: Приватно: <input type="checkbox"/>	Службено: <input type="checkbox"/>	ТА <input type="checkbox"/>	
Назив и адреса на правното лице:			
Во која држава патувате?			
Дата и час на: Поаѓање:	Враќање:	Планирано враќање:	
Превозно средство:	Превозно средство:	Превозно средство:	
Корисник на осигурувањето:	ЕМБГ:		
Име и презиме:	Сродство со осигуреникот:		
Адреса:	Место:	Тел.:	
Жиро с/ка:	Банка:		
Трансакциска с/ка:	Банка:		

2. Здравствено осигурување (болест или повреда)

Датум на настанување на незгодата - болеста:	Час:	мин.	Место:	
Дали се јавивте на бројот за помош од полисата? Да: <input type="checkbox"/>	Не: <input type="checkbox"/>	Час:	мин.	Датум:
Како?	Каде?	Кому?		
Кога за првпат се јавивте на лекар:	год.	Час:	мин.	Место:
Име и адреса на лекарот/болницата:				
Опишете ја болеста или незгодата (причина за одење на лекар - симптоми)				
Дијагноза или природа на болеста или повредата:				
Дали порано сте се лекувале од истата болест или незгода? Да: <input type="checkbox"/>	Не: <input type="checkbox"/>	Месец:	Година:	Каде?
Податоци за лекувањето: <input type="checkbox"/> лекарски преглед <input type="checkbox"/> специјалистички преглед <input type="checkbox"/> лабораторија <input type="checkbox"/> снимање <input type="checkbox"/> болничко лекување				
Трошоци платени од осигуреникот: <input type="checkbox"/> Во готово <input type="checkbox"/> Во Банка				
За што е платено:	Износ и валута:			
Други трошоци поврзани со лекувањето:	Износ и валута:			
При незгодата кој орган составил записник:				

3. Друга помош при патување

Во што се состои барањето?

Кога и каде е пријавено барањето односно настанот: Датум:

Каде?

Како?

Кому?

Што е одговорено:

Телефон:

За доцнење
на багажот:

Време на пристигнување:

Датум:

Час:

мин.:

Аеродром:

Кога е предаден:

Датум:

Час:

мин.:

Каде:

4. Осигурување на багаж и патни документи

Во што се состои штетата:

Кога и каде настанала/е забележана? Место:

Датум:

Час:

Каде се наоѓавте Вие кога се случи штетата:

Каде е пријавена:

Полиција: Превозник: Станица: Хотел: Дали просторијата (ормарот) биле заклучени - Да: Не: Каде се наоѓал клучот:

За возила: Рег. број:

Марка:

Тип:

Каде е осигурено:

Каде се наоѓал клучот:

Багажот се наоѓаше - Во багажникот: На седиштата:

Детален опис на сите околности на настанот и што презедовте:

Опис и вредност на оштетените предмети се приложени на посебен образец.

5. Осигурување од незгодаСмрт Траен целосен инвалидитет Траен делумен инвалидитет

Опис на настанување на незгодата и опис на последиците: каде се лекувал и текот на лекувањето:

6. Се пополнува за сите штети

Се бара исплата на осигурена сума / надомест за:

Во износ од:

Спецификацијата на трошоците е приложена на посебен образец - Да: Не:

Ги приложувам следните документи:

Ги ослободувам лекарите што ме лекувале од обврската за чување на лекарската и професионална тајна спрема Осигурувачот. Јас долу потпишаниот под кривична и материјална одговорност тврдам дека горе дадените изјави се вистинити и точни.

Изјава за лични податоци: Изјавувам дека сум согласен/на, а заради остварување на оштетно побарување при и од Осигурување Македонија, а.д. Скопје-Виена Иншуренс Груп, да се фотокопира мојата (означете): трансакциска сметка возачка дозвола сообраќајна книшка Изјавувам дека сум изрично согласен/на осигурувачот да направи и задржи копија од мојата лична карта заради потврдување на веродостојноста на податоците нотирани во оваа пријава, како и заради евентуална заштита на правата на осигурувачот од судски, управни и други постапки определени со закон, а врз основа на законски обврски на осигурувачот.

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на Осигурувачот. Согласен/на сум Осигурувачот да изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а претходно одобрени од Дирекцијата за заштита на личните податоци.

Запознаен/на сум со моите права кои произлегуваат од ЗЗЛП и ЗСО, а во однос на обработката на моите лични податоци.

Како субјект на лични податоци запознат сум со правото за увид, информација и исправка на личните податоци согласно ЗЗЛП.

Осигуреникот, односно овластениот претставник, со овој потпис ја потврдува вистинитоста за наведените податоци во оваа пријава.

Во _____, на _____ 20 _____ год. Потпис на осигуреникот:

Примено на _____ 20 _____ год.

(печат за правно лице)

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.

стр. 2/2