

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

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:

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: 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.