

# ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ



ОСИГУРУВАЊЕ  
МАКЕДОНИЈА



VIENNA INSURANCE GROUP

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА, Скопје - 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 патувавте?			
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 / Доцнење на багаж**

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 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 незгода**Смрт 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 долупотпишаниот под кривична и материјална одговорност тврдам дека горе дадените изјави се вистинити и точни.

**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

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојот пасош

Во \_\_\_\_\_, на \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год. Потпис на осигуреникот:

Примено на \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_\_ год.

(печат за правно лице)

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.