

ПОДАТОЦИТЕ ДА СЕ ВНЕСУВААТ СО ПЕЧАТНИ БУКВИ

ПОДРУЖНИЦА	ПОЛИСА БРОЈ	ШТЕТА БРОЈ	ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО
			ОД _____ ДО _____

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ - ОШТЕТЕНИОТ	
ЕМБГ (за физички лица)	МБ (за правни лица)
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ или ФИРМА	ДАНОЧЕН БРОЈ (за правни лица)
АДРЕСА	ЖИРО С - КА (за правни лица)
ТРАНСАКЦИСКА СМЕТКА	С-КА НА БУЏЕТСКИ КОРИСНИК
БАНКА	ПРИХОДНА ШИФРА
ТЕЛЕФОН / Е- ПОШТА	БРОЈ НА ЛИЧНА КАРТА
АДРЕСА ОД ЛИЧНА КАРТА	ВАЖНОСТ ДО: _____ пол М Ж

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ		
ОПИС НА ДОПОЛНИТЕЛНО ЗАДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	А) ТЕШКА БОЛЕСТ	А) ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА
ДАТУМ НА ВОСПОСТАВЕНА ДИЈАГНОЗА - ТЕШКА БОЛЕСТ (ИЛИ ДАТУМ НА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА)	НАЗИВ НА ЦЕНТАРОТ КОЈ ЈА ВОСПОСТАВИЛ ДИЈАГНОЗАТА	
НАЗИВ НА ЗДРАВСТВЕНИОТ ЦЕНТАР (КЛИНИКА) КАДЕ Е ЛЕЧЕН ОВОЈ ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ (ИЛИ КАДЕ Е ИЗВРШЕНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА)		

ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА НА БУБРЕЗИ, ХЕПАР ИЛИ БЕЛИ ДРОБОВИ (ТЕШКА БОЛЕСТ)		
ОД КОГА БОЛЕДУВА ОСИГУРЕНИКОТ	КОЈ ЈА УТВРДИЛ БОЛЕСТА	
ДАЛИ ОСИГУРЕНИКОТ ПО ЕДНА БОЛЕСТ/ ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА БЕКЕ ДОБИЛ НАДОМЕСТ?	ДА НЕ	АКО Е ЗАОКРУЖЕНО "ДА" ВНЕСЕТЕ ДАТУМ
ПРИЧИНИ ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ		

ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО			
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЕМБГ (за физички лица)		
АДРЕСА	ТЕЛЕФОН	Е- ПОШТА	

ЗАДОЛЖИТЕЛНО ДА СЕ ОДГОВОРИ НА СИТЕ ПОСТАВЕНИ ПРАШАЊА!

СО ОВА ИЗЈАВУВАМ ДЕКА НА СИТЕ ПРАШАЊА СУМ ОДГОВОРИЛ/А ТОЧНО, ВИСТИНИТО И ПОТПОЛНО.

Се согласувам Друштвото за осигурување да ги користи и обработува моите лични податоци кои се дел од оваа пријава при решавањето на пријавената штета, како и за останати потреби на Друштвото, а во согласност со Законот за заштитна на лични податоци.

Се согласувам Друштвото за осигурување да ги користи и обработува моите лични податоци кои се дел од оваа пријава за директен маркетинг, а во согласност со Законот за заштитна на лични податоци.

_____	_____	_____
Датум на поднесување	Место на поднесување	Потпис на осигуреник / корисник на осигурувањето

ПОТВРДА ЗА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ			
ДОГОВОРУВАЧ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	ЕМБГ (за физички лица)		
АДРЕСА	ТЕЛЕФОН	Е- ПОШТА	
СО ОВА ПОТВРДУВАМ ДЕКА ЛИЦЕТО	ВРАБОТЕНИОТ ВО КОЛЕКТИВОТ Е НЕПРЕКИНАТО ВРАБОТЕН ОД		
ОПИС НА РАБОТНОТО МЕСТО			

_____	_____	_____
Датум на заверка	Место на заверка	Потпис на овластено лице