

ПОДАТОЦИТЕ ДА СЕ ВНЕСУВААТ СО ПЕЧАТНИ БУКВИ

| | | | | |
|------------|-------------|------------|------------|--|
| ПОДРУЖНИЦА | ПОЛИСА БРОЈ | ШТЕТА БРОЈ | ПРИМЕНО НА | ВАЖНОСТ НА ПОЛИСАТА од _____ до _____ |
|------------|-------------|------------|------------|--|

| ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ | | КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО | |
|------------------------------|--|---------------------------|--|
| ЕМБГ | | | |
| ИМЕ И ПРЕЗИМЕ | | | |
| АДРЕСА / АДРЕСА ВО СТРАНСТВО | | | |
| ТРАНСАКЦИСКА СМЕТКА | | | |
| БАНКА | | | |
| ТЕЛЕФОН / Е-ПОШТА | | | |
| Сродство со осигуреникот | | | |

ПОДАТОЦИ ЗА ПАТУВАЊЕТО И ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ

| ДРЖАВА НА ПАТУВАЊЕ | ДАТУМ НА ВЛЕЗ ВО ЗЕМЈАТА - ДЕСТИНАЦИЈА | | | ДАТУМ НА ИЗЛЕЗ ВО ЗЕМЈАТА - ДЕСТИНАЦИЈА | | | ДАТУМ И ВРЕМЕ НА НАСТАНОК НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ | | | | | |
|--------------------|--|-------|--------|---|-------|--------|---|-------|--------|-----|-----|--|
| | ДЕН | МЕСЕЦ | ГОДИНА | ДЕН | МЕСЕЦ | ГОДИНА | ДЕН | МЕСЕЦ | ГОДИНА | ЧАС | МИН | |
| | | | | | | | | | | | | |

ПРИЧИНА ПОРАДИ КОЈА СТЕ ПАТУВАЛЕ ВО СТРАНСТВО

А) ТУРИЗАМ Б) РАБОТА / БИЗНИС В) ЛЕКУВАЊЕ

СЕ БАРА НАДОМЕСТ КАКО РЕЗУЛТАТ НА:

А) ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ Б) РЕПАТРИЈАЦИЈА В) ИЗГУБЕН БАГАЖ Г) ОСТАНАТА ПОМОШ
 Д) ДОПОЛНИТЕЛНА НЕЗГОДА Ѓ) СПОРТСКА НЕЗГОДА

ОПИС НА ОСТАНАТА ПОМОШ

КОГА И КАДЕ Е ПРИЈАВЕНО БАРАЊЕТО? ДАЛИ Е КОНТАКТИРАН ДЕЖУРНИОТ ТЕЛЕФОН ОЗНАЧЕН НА ПОЛИСАТА?

| ДАТУМ | АСИСТЕНТСКА КОМПАНИЈА | ВИНЕР ОСИГУРУВАЊЕ |
|-------|-----------------------|-------------------|
| | | |

А. ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ПРИ БОЛЕСТ ИЛИ ПОВРЕДА

| ДАТУМ НА НЕЗГОДАТА | ЧАС НА НЕЗГОДАТА | МЕСТО НА НЕЗГОДА | ПРИ БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ | |
|--------------------|------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| | | | ПРИЕМ ВО БОЛНИЦА | ОТПУСТ ОД БОЛНИЦА |
| | | | | |

| ДИЈАГНОЗА НА БОЛЕСТА ИЛИ ПОВРЕДАТА | ДЕТАЛЕН ОПИС НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ | ПРИЧИНА ЗА ОДЕЊЕ НА ЛЕКАР (СИМПТОМИ) |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| | | |

ДАЛИ ПРЕТХОДНО СТЕ ИМАЛЕ СЛИЧНА ПОВРЕДА ИЛИ БОЛЕСТ И ДАЛИ СТЕ СЕ ЛЕКУВАЛЕ ОД ИСТАТА? ДА НЕ

МЕСЕЦ И ГОДИНА

ПОДАТОЦИ ЗА ЛЕКУВАЊЕТО

Амбулантски преглед Специјалистички преглед Болничко лекување Снимање и лабораторија

ВО КОЛКУ Е НАСТАНАТ НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ, ДАЛИ Е ИЗВРШЕН УВИД ОД НАДЛЕЖЕН ОРГАН ДА НЕ

ТРОШОЦИ ПЛАТЕНИ ОД ОСИГУРЕНИКОТ - ПРИЛОЖЕНИ ВО ОРИГИНАЛ

ОПИС НА ТРОШОЦИТЕ

ИЗНОС И ВАЛУТА

НАЧИН НА ПЛАЌАЊЕ Во готово Преку банка

Б. РЕПАТРИЈАЦИЈА

| ОРГАНИЗИРАНА ПРЕКУ АСИСТЕНТСКА КОМПАНИЈА | | | | СОПСТВЕНО ОРГАНИЗИРАНА | | | | ОСТАНАТ ТРАНСПОРТ | | |
|--|-------------------|----------|----------------|-----------------------------|-------------------|----------|----------------|-------------------|----------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ДА | превозно средство | од _____ | износ и валута | <input type="checkbox"/> ДА | превозно средство | од _____ | износ и валута | превозно средство | од _____ | износ и валута |
| <input type="checkbox"/> НЕ | | до _____ | | <input type="checkbox"/> НЕ | | до _____ | | | до _____ | |

В. ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ПАТНИ ДОКУМЕНТИ

МЕСТО НА НАСТАН

| КОГА Е ЗАБЕЛЕЖАН НАСТАНОТ? | | КАДЕ Е ПРИЈАВЕНА ШТЕТАТА | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ДАТУМ: ДЕН - МЕСЕЦ - ГОДИНА | ЧАС | ПОЛИЦИЈА | СТАНИЦА | ПРЕВОЗНИК | ХОТЕЛ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| ЗА ДОЦНЕЊЕ НА БАГАЖ | КОГА Е ПРЕДАДЕН | ДАТУМ: ден - месец - година | ЧАС | ВРЕМЕ НА ПРИСТИГНУВАЊЕ | ДАТУМ: ден - месец - година | ЧАС |
|---------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| ЗА ГУБЕЊЕ НА БАГАЖ | ЗА КРАЖБА НА БАГАЖ - МЕСТО | ЗА КРАЖБА НА БАГАЖ ВО ВОЗИЛО |
|--|---|------------------------------|
| место <input type="text"/> | место <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| пријавен во од багажникот <input type="text"/> | пријавен во од седиште <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Г. ОСТАНАТА ПОМОШ

СЕ БАРА
НАДОМЕСТ ЗА

ИЗНОС

ВАЛУТА

Д. ДОПОЛНИТЕЛНА НЕЗГОДА

ОПИС НА
НАСТАНАТА
НЕЗГОДА
(место и тек на
лекување)

СЕ БАРА НАДОМЕСТ ЗА

СМРТ ОД НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

ТРАЕН ИНВАЛИДИТЕТ

ИЗНОС

ВАЛУТА

Ѓ. СПОРТСКА НЕЗГОДА

ОПИС НА
НАСТАНАТА
НЕЗГОДА
(место и тек на
лекување)

ДОПЛАТОК ЗА СПОРТСКА НЕЗГОДА

ДА

НЕ

ИЗЈАВУВАМ ДЕКА НА СИТЕ ПРАШАЊА ИМАМ ОДГОВОРЕНО ТОЧНО, ВИСТИНИТО И ПОТПОЛНО И СЕ СОГЛАСУВАМ ПРЕТСТАВНИЦИ НА **АКЦИОНЕРСКОТО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ВИНЕР – ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП СКОПЈЕ** ДА ГИ ПРОВЕРАТ ИЛИ ПОБАРААТ ДОКУМЕНТИТЕ ЗА ЛЕЧЕЊЕТО НА ПОЧИНАТОТО ЛИЦЕ ОД УСТАНОВАТА КАДЕ БИЛО ИЗВРШЕНО.

СЕ СОГЛАСУВАМ ДРУШТВОТО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ДА ГИ 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 Осигуреникот/ корисник на осигурување

Потребни документи:

- Пријава во оригинал
- Копија од полиса за осигурување
- Медицинска документација
- Оригинален фактури/потврди за наплата на медицинскиот третман
- Потврда издадена од надлежен орган при несрекен случај
- При доцнење или губиток на багаж задолжителна достава на патен билет, лист за прием на багаж, писмо за рекламација поднесено до воздухопловната компанија „lost –found“ записник, потврда за изгубен или задоцнет багаж издадена од авио превозник
- Копија од трансакциска сметка