

ПРИЈАВА НА НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

1. Податоци за договарачот и осигуреникот

Број на полиса:

| | |
|---|---|
| Договарач на осигурувањето Име и презиме / фирма Адреса на живеење | ЕМБГ / дан.бр. <input style="width: 100%;" type="text"/> телефон / мобилен тел. e-mail <input style="width: 100%;" type="text"/> Поштенски број Место Улица и број |
| Осигуреник Име и презиме Адреса на живеење Трансакциска сметка | ЕМБГ <input style="width: 100%;" type="text"/> телефон / мобилен тел. e-mail <input style="width: 100%;" type="text"/> Поштенски број Место Улица и број |
| Назив на фирмата во која осигуреникот е вработен Кои работи ги извршува? | |

2. Опис на штетен настан / Податоци за незгодата

| | |
|---|--|
| Кога се случи несреќниот случај? | Датум во часот минута/и |
| Точен опис на несреќниот случај Каде се случи несреќниот случај? При каква активност? Што е причина за несреќниот случај? Опис на повредата | |
| Дали пред несреќниот случај конзумиравте алкохол? Кога, каде, каков алкохол и во колкава мера? | |
| Име, презиме и адреса на очевидецот на несреќниот случај | |
| Дали поради несреќниот случај е водена истрага и кои органи ја воделе? | |
| Податоци за останатите возачи кои учествувале во оваа несреќа. САМО ЗА СООБРАКАЈНИТЕ НЕСРЕКИ! | |
| Кој лекар или која медицинска установа Ви даде прва помош? Име, Презиме, назив и точна адреса | |

ПРИЈАВА НА НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

 Име, Презиме и точна
 адреса на Вашиот лекар по
 општа медицина

3. Податоци за здравствената состојба пред да настане несреќниот случај

 Дали пред овој
 НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ сте имале
 некаква телесна мана,
 недостаток или инвалидност на
 видот (кратковидост,
 далековидост, ослабување на
 видот и сл.) слухот,
 екстремитетите или
 други органи?

Од кога и во кој облик?

 Дали порано сте имале иста
 повреда како оваа во
 несреќниот случај?
 Која и какви последици Ви
 останаа?

 Дали имате проширени вени,
 шеќерна болест, ревматски
 заболувања, епилепсија,
 заболување на дишните
 органи, срцето и крвните
 садови, оперативна
 непоправлива кила?
 Од кога и во кој облик?

 Дали некогаш сте се лечеле од
 алкохолизам? Кога и каде?

Ваша висина и тежина

Висина см

Тежина кг

 Дали имате уште некое осигурување од последици од
 несреќен случај?
 (колективно на работа, спортско, животно со дополнително
 осигурување од несреќен случај)

 Број на осигурителната полиса и име на осигурителното
 друштво

Со овој потпис потврдувам и се согласувам дека: Сите наведени податоци се точни и вистинити; Согласен сум ГРАВЕ Осигурување АД Скопје да ги собира, обработува, користи и ажурира моите лични податоци, вклучувајќи и ЕМБГ за целите на обработка на барањето, согласно член 10 од Законот за заштита на лични податоци; Согласен сум да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Агенцијата за заштита на личните податоци; Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти; Го овластувам ГРАВЕ Осигурување АД Скопје, да има пристап до моите лични податоци и медицински иследувања.

Начин на пријава (заокружете): а) по пошта б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____

 Потпис на договарачот на осигурувањето
 и печат (само за правни лица)

Потпис на договарачот / осигуреникот

Место и датум

М.П.