Датум на прием во ГРАВЕ Осигурување

ГРАВЕ Осигурување АД Скопје

Ул. Пиринска бр. 23, Скопје
E-mail: office.skopje@grawe.at
www.grawe.mk

ПРИЈАВА НА СМРТЕН СЛУЧАЈ КАКО ПОСЛЕДИЦА НА БОЛЕСТ

Број на полиса : .....

1. Податоци за осигуреникот

ЕМБГ	
Име и презиме	.....
Адреса на живеење	.....
	Поштенски број Место Улица и број
Занимање	.....
Назив на фирмата во која осигуреникот бил вработен	.....

2. Податоци за подносителот

	.....
	.....
	Поштенски број Место Улица и број
	Е-маил.....
	Телефон / мобилен тел. .....
	Трансакциска сметка.....

Датум и час на смртта	ден .....20..... во ..... час ..... минута/и

2. Опис на штетен настан/ Податоци за болеста

Која болест е непосреден предизвикувач на смртта?	.....
Кога осигуреникот започнал да се лечи од таа болест ?	.....
Каде настапила болеста на осигуреникот ?	.....
Дали е извршена обдукција и во која установа ?	.....
Во која болница е лечен осигуреникот пред смртта ?	.....
Дали постои сомнеж дека смртта настанала поради самоубиство или обид за истото ?	.....
Дали како последица на смртниот случај е водена истрага и кои органи ја воделе?	.....

Име и презиме на матичниот лекар на осигуреникот	.....
Адреса на амбулантата во која е лечен осигуреникот	.....
Да ли осигуреникот склучил и друго осигурување за случај на смрт ? Да се наведе осигурителното друштво и бројот на полисата	.....

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 ги прибере сите потребни документи од лекарите кои му пружиле лекарска помош,односно лекарите кои го лекувале осигуреникот.

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

.....
Место и датум

.....
Потпис на подносителот на пријавата