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 НЕЗГОДА

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 ..... часот..... минута/и

2. Опис на штетен настан /Податоци за незгодата

Опис на случката која ја предизвикала смртта	.....
Име и презиме на лекарот кој пружил прва помош	.....
Дали осигуреникот е лечен од последиците од несреќен случај во медицинска установа и во која ?	.....
Дали е извршена обдукција и во која установа ?	.....

Дали постои сомнеж дека смртта настанала поради самоубиство или обид за истото ?	.....
Дали осигуреникот бил под дејство на алкохол ?	.....
Постои ли сомнеж дека смртта ја предизвикала трета личност?	.....
Дали е водена истрага во врска со смртниот случај ?	.....
Ако да, кој орган ја водел ?	.....

Дали осигуреникот склучил и друго осигурување за случај на смрт ? Да се наведе осигурителното друштво и бројот на полиста	....

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