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 ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ТЕШКА БОЛЕСТ
ГРАВЕ - ЕЛИТЕ

Број на штета :_____ (пополнува ГРАВЕ) Број на полиса :_____

Податоци за осигуреникот:

1. Име и презиме
2. Датум и место на раѓање
3. Матичен број
4. Назив на друштвото каде е вработен
5. Опис на работите кои ги извршувате или сте ги извршувале на работното место
6. Е-маил
7. Трансакциска сметка

_____

_____, _____
(место на раѓање)

| | | | | | | | | | | | | |

_____

_____

_____

_____ Телефон / мобилен тел. .....

_____

Опис на штетен настан

Податоци за предметната болест

1. Почеток на болеста
2. Отсуство од работа (боледување)
3. Во кои здравствени установи сте се лечеле?
4. Име и презиме на Вашиот матичен лекар и здравствената установа каде се лечите
5. Дали претходно сте прележале некоја тешка болест и која?
6. Дали сте имале губење на општа работна способност?

_____ (дата)

од _____ до _____ (дата)

_____

_____, _____
(име и презиме на матичен лекар) (здравствена установа)

ДА НЕ
(заокружете го одговорот)

_____
ако одговорот е ДА,задолжително да се наведе од која болест

ДА НЕ
(заокружете го одговорот)

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 _____

_____
Место и датум

_____
Потпис на договарачот/осигуреникот