Датум на доспевање во ГРАВЕ

ПРИЈАВА НА СМРТЕН СЛУЧАЈ КАКО ПОСЛЕДИЦА НА БОЛЕСТ

ГРАВЕ осигурување ад Скопје

1. Податоци за осигуреникот **Број на полиса: ..... Акт број: .....**

ЕМБГ	⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕
Име и презиме	.....
Адреса	⎕⎕⎕⎕⎕ .....
	Поштенски број Место Улица и број
Занимање	.....
Назив на фирмата во која осигуреникот бил вработен	.....
Датум и час на смртта	ден .....200___ во _____ час _____ минута/и

2. 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	.....
Дали осигуреникот склучил уште некое осигурување за случај на смрт ?	.....
Да се наведе осигурителното друштво и бројот на полиста !	.....

Изјавувам дека на сите прашања одговорив точно и потполно. Го овластувам ГРАВЕ осигурување ад Скопје да изврши увид во целосната постоечка полициска, здравствена и било каква друга документација за покојникот, што е релевантна за ликвидирање на осигуреният случај.

Во ..... на ..... 200_ година

.....

потпис на подносителот на пријавата