Датум на доспевање во Граве

ПРИЈАВА ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ТЕШКА БОЛЕСТ
ГРАВЕ - ЕЛИТЕ

Број на штета :_____ (пополнува Граве) _____ (број на полиса)

Податоци за осигуреникот:

1. Име и презиме
2. Дата 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

_____

_____, _____
(место на раѓање)

_____

_____

Податоци за предметната болест

1. Почеток на болеста
2. Одсуство 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. Да ли сте имале губење на општа работна неспособност?

_____ (дата)

од _____ до _____ (дата)

_____

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

ДА НЕ
(заокружете го одговорот) _____
ако одговорот е ДА обавезно да напишете од које болест

ДА НЕ
(заокружете го одговорот)

За точноста на податоците наведени во пријавата одговарам материјално и кривично! Ги сносам сите последици кои ќе произлезат од тоа. Го овластувам ГРАВЕ осигурување а.д. Скопје да изврши увид во комплетната медицинска документација. Исто така го овластувам матичниот лекар и било кој друг лекар по општа медицинска пракса на писмено барање од ГРАВЕ осигурување а.д. Скопје да дозволи да се направи фотокопија на здравствениот картон односно на целокупната останата медицинска документација (анамнеза, отпусни писма и др.)

Во _____, на _____ 20__. година

Потпис на договарачот/осигуреникот

_____