

Филијала: \_\_\_\_\_  
Датум на пријава: \_\_\_\_\_  
Датум на настан: \_\_\_\_\_

Штета бр.: \_\_\_\_\_  
Полиса бр.: \_\_\_\_\_  
Важност: \_\_\_\_\_

## ПРИЈАВА НА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ - РАБОТНИК

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

Назив на Договорувачот			
Седиште			

### ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

Осигуреник			
ЕМБГ/С		Контакт/Тел	
Адреса / Место			
Професија			

### ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН(НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ)

Датум		Место	
-------	--	-------	--

### ИЗЈАВА ЗА НЕСРЕЌНИОТ СЛУЧАЈ

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата (на кое место и на кој начин)при каква работа и која е причината за несреќата)		
Име презиме и адреса на очевидците на несреќниот случај		
Какви повреди предизвикал несреќниот случај? (заокружи)	ТЕШКИ	ЛЕСНИ
Дали повредите предизвикале смрт на повреденото лице?	ДА	НЕ
Дали постои опасност по неговиот живот ?	ДА	НЕ
Која здравствена установа му пружила прва помош?		
Во која здравствена установа се лекувал?		
Дали повредениот има историја на тешка болест и/или телесна маана?	ДА	НЕ
Дали по пријавениот случај е извршен увид?	ДА	НЕ
Дали е водена истрага?	ДА	НЕ

Од кој надлежен орган?(ако ДА)		
Дали осигуреникот има право на бесплатна здравствена заштита?	ДА	НЕ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• За валидноста на податоците, наведените во оваа пријава на штета, одговарам под полна морална, материјална и кривична одговорност .</li> <li>• Во согласност со Законот за заштита на личните податоци изјавувам дека сум согласен наведените личните податоци во пријавата од страна на ГРАВЕ Осигурување Неживот АД Скопје да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.</li> </ul> <p style="text-align: right;">ОШТЕТЕН / КОРИСНИК</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">л.к. бр. _____ МВР _____</p>		

**ПОТВРДА ОД ДОГОВОРУВАЧОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО ЗА ПРИЈАВЕНА ШТЕТА ПО КОЛЕКТИВНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ**

Лицето (име и презиме) \_\_\_\_\_

со живеалиште во место \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ бр \_\_\_\_\_

по професија \_\_\_\_\_, вработен кај нас на работно место \_\_\_\_\_, потврдувам дека колективно е осигурен од последица на несреќен случај во ГРАВЕ Неживот АД Скопје со полиса бр \_\_\_\_\_ издадена на ден \_\_\_\_\_ и му е задржана и уплатена премија за месец \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год. по платен список за месец \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год. под реден број во износ од \_\_\_\_\_ ден. и премијата е уплатена на ден \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год. со премијата за другите вработени во вкупен износ \_\_\_\_\_ ден.

Воедно потврдуваме дека именуваниот беше на работно место на ден \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год.

\_\_\_\_\_

(печат и потпис на овластено лице)