

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

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

## ПРИЈАВА

### НА ШТЕТА ОД ЗДРАВСТВЕНО ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ

#### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

Осигуреник			
ЕМБГ/С		Контакт/Тел	
Адреса / Место			

#### ПОДАТОЦИ ЗА ПАТУВАЊЕТО

Датум на заминување		Датум на враќање	
Превозно средство			

#### ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТЕНИОТ НАСТАН

Датум		Држава	
Место			

#### ПОДАТОЦИ ЗА НАСТАНАТА ШТЕТА

**ОПИС НА БОЛЕСТА / НЕЗГОДАТА** : Краток опис на симптомите кои ве наведоа на посета на доктор

Име и презиме на доктор		Адреса:	
Дијагноза			
Лекарски преглед <input type="checkbox"/>	Специјалистички преглед <input type="checkbox"/>	Лабораторија <input type="checkbox"/>	
Снимање (x-Ray) <input type="checkbox"/>	Престој во болница <input type="checkbox"/>	Друго <input type="checkbox"/>	

#### ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ПАТНИ ДОКУМЕНТИ

1. За доцнење на багажот

Време на пристигнување	Датум	Час	Аеродром
Предаден / најден	Датум	Час	Место

2. За кражба на багаж

Место	Датум	Пријавено	ДА	НЕ
-------	-------	-----------	----	----

#### ИЗЈАВА НА НАСТАНУВАЊЕ НА ШТЕТА

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата:

--	--

Дали и на кој орган е пријавена штетата?  
( наведете седиште).  
Во случај да не е пријавена, да се наведат причините

--	--

Корисникот на осигурувањето		ЕМБГ	
Трошоци платени од осигуреникот		Валута	
Се бара исплата на надомест во износ од			
<b>НАПОМЕНА: Во прилог да се достават сите докази за направени трошоци (од болница, аеродром и сл.)</b>			
Одобрениот износ на штета во согласно со важечки услови за осигурување да се исплатат на следната трансакциска сметка број _____ депонент _____ сопственост на _____			
<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>			
ОСИГУРЕНИК / ОШТЕТЕН			
_____			
л.к. бр. _____ МВР _____			