

**ГРАВЕ**

Осигурување Неживот АД Скопје

ГРАВЕ осигурување НЕЖИВОТ АД Скопје •
Пиринска 23 влез 1 спрат 5, 1 000 Скопје
Тел. 02 3215-515
www.grawe.mk • info@grawe.mk

Место и начин на пријава: _____

Датум на пријава: _____

Датум на настан: _____

Штета бр. _____

Полиса бр. _____

Важност _____

БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА**НА ЛИЦА ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ- НЕЗГОДА****ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

Назив на Договорувачот	
Седиште	

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

Име, презиме на осигуреник		
ЕМБГ/ЕДБ на осигуреник	Контакт/Тел	
Адреса / Место живеење		
Професија		

ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН (НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ)

Датум		Место	
-------	--	-------	--

ОПИС НА ШТЕТЕН НАСТАН

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

Какви повреди предизвикал несреќниот случај? (заокружи)	ТЕШКИ	ЛЕСНИ
Дали повредите предизвикале смртна повреда на толице?	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		
Дали осигуреникот има право на бесплатна здравствена заштита?	ДА	НЕ
<ul style="list-style-type: none"> За валидноста на податоците, наведените во оваа пријава на штета, одговарам под полна морална, материјална и кривична одговорност. <p>Согласен сум целокупната комуникација која ќе произлезе од ова барање да се води по електронска пошта и тоа на мојот e mail _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Барам да бидам известуван по писмен пат на адреса _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Изјавувам дека сум согласен наведените личните податоци во пријавата и документацијата 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 а во согласност со Законот за заштита на личните податоци.</p> <p>Изјавувам дека сум согласен за истите цели да се направат фотокопии од моите лични документи и тоа:</p> <p style="text-align: right;">ОШТЕТЕН / КОРИСНИК</p> <p>Медицинска документација <input type="checkbox"/> транс. сметка <input type="checkbox"/> пасош _____</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 _____ од _____, потврдувам дека колективно е осигурен од последица на несреќен случај во ГРАВЕ Осигурување неживот АД Скопје во _____ 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)