

ШТЕТА БРОЈ	
ТАРИФА НА ПРЕМИИ	

ПОЛИСА БРОЈ	
ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	ОД
	ДО

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ		ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО (ВО СЛУЧАЈ НА СМРТ)	
ЕМБГ		ЕМБГ	
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ		ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	
АДРЕСА		АДРЕСА	
ТРАНСАКЦИСКА С-КА		ТРАНСАКЦИСКА С-КА	
БАНКА		БАНКА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН		КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН

Осигуреникот е вработен во:	
-----------------------------	--

Датум и време на настанување:	Ден	Месец	Година	Час	Мин	Место на настанување на штетата

Се бара надомест за:	1. СМРТ ПОРАДИ НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ		
Дали има потврда за платена премија:	да		не
Причина поради која Осигуреникот е починат:			
Здравствена установа која пружила прва помош:			
Име и Презиме на докторот кој ја утврдил смртта:			
Дали Осигуреникот бил под алкохол или други наркотични средства?			
Дали Осигуреникот е лечен од последиците од несреќен случај во медицинска установа и во која?	ДА	НЕ	Име на мед. установа
Дали е извршена обдукција и во која установа?	ДА	НЕ	Име на мед. установа
Дали е водена истрага во врска со несреќниот случај?	ДА	НЕ	Кој орган ја водел

СО ОВА ИЗЈАВУВАМ ДЕКА НА СИТЕ ПРАШАЊА СУМ ОДГОВОРИЛ/А ТОЧНО, ВИСТИНИТО И ПОТПОЛНО. СО ОВАА ПРИЈАВА ГИ ОВЛАСТУВАМ ЛЕКАРИТЕ КОИ МИ ПРУЖИЛЕ ЛЕКАРСКА ПОМОШ, ОДНОСНО ЛЕКАРИТЕ КОИ ГО ЛЕЧЕЛЕ ОСИГУРЕНИКОТ, ДА ГИ ПРИЛОЖАТ СИТЕ ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ КОИ ОД НИВ ЌЕ ГИ ПОБАРААТ ПРЕСТАВНИЦИТЕ НА **А.Д. ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ВИНЕР ЛАЈФ- ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП.**

Напомена: Не се прифаќаат пријави на штети за периодот додека полисата е сторнирана, бидејќи во тој период нема покритие за истата.

Во _____ на ден ____ . ____ 20__ година

Потпис на осигуреник / корисник на осигурувањето

