

ШТЕТА БРОЈ	
ТАРИФА НА ПРЕМИИ	

ПОЛИСА БРОЈ	
ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	ОД
	ДО

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ	
ЕМБГ	
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	
АДРЕСА	
БАНКА	
ТРАНСАКЦИСКА СМЕТКА	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	
Е-МАИЛ АДРЕСА	
ОСИГУРЕНИКОТ Е ВРАБОТЕН ВО:	

ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН

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

Се бара надомест за:	1. ТРАЕН ИНВАЛИДИТЕТ 2. БОЛНИЧКИ НАДОМЕСТ 3. ДРУГО _____	ПО ОСНОВ НА:
Дали има потврда за платена премија:	ДА	НЕ
Повреди кои ги предизвикал несреќниот случај:		
Здравствена установа во која е пружена прва помош:		
Здравствена установа во која осигуреникот се лечел:		
Дали осигуреникот пред несреќниот настан имал некоја повреда?	ДА	НЕ
Доколку имал, каква повреда и кога?		
Дали Осигуреникот имал алкохол во крвта во моментот на настанување на незгодата?	ДА	НЕ
Дали постои полициски записник или е започната истрага за несреќниот случај?	ДА	НЕ
Ако да, кај кој надлежен орган?		

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 ОСИГУРУВАЊЕВИНЕРЛАЈФ-ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП**.

Во _____ на ден ____ . ____ 20 ____ година

Потпис на осигуреник / корисник на осигурувањето

