



КРОАЦИЈА ОСИГУРУВАЊЕ® - ЖИВОТ

АД за осигурување на Живот

Полиса бр. _____
Штета бр. _____

Агенција/агент _____

ОПШТА ПРИЈАВА

Со ова изјавувам дека исправно одговорив на сите прашања (точно, вистинито и потполно) и се согласувам моите лични податоци (вклучителни и ЕМБГ) да бидат предмет на обработка за потребите на Осигурителното Друштво.

Ги овластувам лекарите кои што ме лекуваат, како и оние кои порано ме лечеа, дека можат да дадат информации на Друштвото за осигурување во врска со пријавената несреќа, доколку тоа од нив се бара.

ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРУВАЧОТ И ОДГОВОРИ НА ОСИГУРЕНИКОТ – КОРИСНИК

1. Име и презиме на лицето или организацијата која што го заклучила осигурувањето:	
2. Податоци за осигуреникот: а) име и презиме б) адреса на живеење (место, улица и број, општина и поштенски број) в) контакт телефон г) ЕМБГ	а) _____ б) _____ _____ _____ в) _____ г) _____ _____
3. Дата на несреќниот случај?	Ден _____ 201_ г. во ____ часот
4. Точен опис како дошло до несреќата? (на кое место и на кој начин – при каква работа, причина за несреќата)	
5. Име и адреса на очевидците за несреќниот случај?	
6. Какви повреди предизвикал несреќниот случај?	
7. Дали повредениот од тие повреди умрел или постои опасност по неговиот живот?	
8. Која здравствена установа му пружила прва помош?	
9. Во која здравствена установа се лечел?	
10. Дали повредениот пред оваа повреда имал други повреди или бил болен и од што?	
11. Дали по пријавениот случај е извршен извид дали е водена истрага и од кој надлежен орган?	
12. Дали осигуреникот има право на бесплатна здравствена заштита?	

_____ 201_ год.

(договорувач - корисник)