



КРОАЦИА ОСИГУРУВАЊЕ® - ЖИВОТ

АД за осигурување на Живот

Полиса бр. _____

Штета бр. _____

Агенција/агент _____

ОПШТА ПРИЈАВА за тешко болна состојба

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

I. ПОПОЛНУВА ОСИГУРЕНИКОТ/КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО - ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРЕНИКОТ	
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) в) телефон за контакт г) единствен матичен број д) e-mail адреса	а) _____ б) _____ в) _____ г) _____ д) _____
3. Датум на настанување на тешко болна состојба (датум на прво дијагностицирање на болеста)	Ден _____ 201_ г.
4. Назив на здравствената установа која за прв пат ја дијагностицирала болеста на Осигуреникот	
5. Презиме и Име на Докторот кој ја поставил дијагнозата за болеста	
6. Назив на здравствената установа во која се лекувал Осигуреникот	
7. Дали Осигуреникот е опериран од болеста?	
8. Дали Осигуреникот е под терапија како последица на болеста?	
9. Дали Осигуреникот е претходно лекуван од иста или друга болест?	
II. ПОПОЛНУВА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	
10. Дали Осигуреникот починал од болеста?	
11. Датум на настанување на смртта	
III. ПОПОЛНУВА ОВЛАСТЕНО ЛИЦЕ ВО КРОАЦИА ОСИГУРУВАЊЕ – ЖИВОТ - Скопје	
12. Датум на пријавување на тешко болна состојба	
13. Број на денови поминати од прво дијагностицирање на болеста до пријавувањето на болеста	

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 болест, доколку тоа од нив се бара.

_____ 201_ год.

_____ (договорувач - корисник)