

Пријава на штета
од незгода (инвалидитет)

по полиса бр. _____

Штета бр: _____

Напомена: неопходно е да се пополнат сите податоци од пријавата

ПОДНОСИТЕЛ НА ПРИЈАВА					
Име и Презиме/ назив на пријавувачот					
ЕМБГ/ЕДБ					
Улица			Град		
Контакт телефон			емаил		
Улога на пријавувачот (обележи квадратче)					
<input type="checkbox"/>	Договорувач при осигурување	<input type="checkbox"/>	Агент посредник		
<input type="checkbox"/>	Осигуреник	<input type="checkbox"/>	Агенција за штети		
<input type="checkbox"/>	Оштетен	<input type="checkbox"/>	Пријавувач		
<input type="checkbox"/>	Овластен	<input type="checkbox"/>	Старател или застапник		
<input type="checkbox"/>	Адвокат	<input type="checkbox"/>	Корисник на осигурување		
ШТЕТЕН НАСТАН					
Датум на настан		Време		_____ h _____	
Држава		Град			
Место (адреса)					
Локација на незгодата					
ОПШТИ ПОДАТОЦИ					
Детален опис на штениот настан					
Како дошло до незгодата и кои се повредите					
Дијагноза од медицинската документација					
Име и адреса на очевидецот на незгодата					
Која здравствена установа пружила помош?					
Во која установа сега се лекува?					
Во која установа се наога здравствениот картон на осигуреникот?					
Баран износ на штета					
Дали повредениот претрпел претходно некаква повреда и каква?		Да <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Оцена за ваша одговорност за незгодата	
				<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 100%	
Дали таа повреда имала за последица траен инвалидитет и до кој степен?		Да <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Дали е водена истрага по пријавениот случај и кој орган ја водел	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
Дали повредениот пред незгодата бил делумно неспособен за работа?		Да <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Дали бил осигуреникот под дејство под алкохол?	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
Ако да, заради што-болест, телесна маана или телесен		Да <input type="checkbox"/>	Не <input type="checkbox"/>	Дали имате уште некое осигурување од незгода	Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>

Пријава на штета
од незгода (инвалидитет)

по полиса бр. _____

недостаток и во кој степен?			или животното осигурување и каде?		
ПОДАТОЦИ ЗА ОШТЕТЕНИОТ					
Име, презиме и татково име					
Матичен број					
Адреса (место, улица, број)					
Датум и место на рагање					
ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ					
Име, презиме и татково име					
Матичен број					
Адреса (место, улица, број)					
Датум и место на рагање					
Занимање					
Контакт телефон					
ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧОТ НА ОСИГУРУВАЊЕ					
Договорувач на осигурување					
Адреса (место, улица, број)					
Полиса					
Траење на осигурување					
ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕ					
Име и презиме на корисникот					
Матичен број					
Адреса на живеење (место, улица, број)					
ВО БАРАЊЕТО ГИ ПРИЛОЖУВАМ СЛЕДНИВЕ ДОКУМЕНТИ – ДОКАЗИ					
Медицинска документација	<input type="checkbox"/>	Записник на МВР	<input type="checkbox"/>		
Боледување	<input type="checkbox"/>	Фотодокументација	<input type="checkbox"/>		
Трошоци за лекување	<input type="checkbox"/>	Пресуда	<input type="checkbox"/>		
Ртг документација	<input type="checkbox"/>	Изјава на сведоци	<input type="checkbox"/>		
Полномошно	<input type="checkbox"/>	Трансакциона сметка	<input type="checkbox"/>		

Согласно чл. 9 став 1 од Закон за заштита на лични податоци (Сл. Весник на РМ бр. 7/05 и 103/08) изјавувам дека сум согласен личните податоци наведени во пријавата, од страна на Сава осигурување а.д. Скопје да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварување на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.

Во _____ на ден _____

_____ ПОТПИС НА ОШТЕТНИОТ

Потврда на правното лице на осигуреникот за колективно осигурување

Пријава на штета
од незгода (инвалидитет)

по полиса бр. _____

Се потврдува дека _____, наведен во пријавата како осигуреник е во работен однос кај ова претпријатие-организација на:

1. Одредено време
2. Неодредено време (да се заокружи)

почнувајќи од _____ год., како и дека на денот на случувањето на несреќниот случај, односно _____ год. бил осигуран врз основа на договор за _____ по полиса бр. _____ важечка за период од _____ до _____.

По наведениот договор, премијата е платена во целосен износ од _____ ден. на ден _____, односно се плаќа на _____ рати, со тоа што до моментот на оваа заверка платени се _____ рати во износ од _____ ден.

Во _____ на ден _____

ПОТПИС НА ОВЛАСТЕНО ЛИЦЕ И ПЕЧАТ