 CROATIA® осигурување/живот	ФОРМУЛАР	ДРПП-ФС 8.5/5-2
		Издание: 4
	ПРИЈАВА, ЕВИДЕНЦИЈА И ЛИКВИДАЦИЈА НА ШТЕТИ	Дата: 16.03.2016
		Страница 1 од 2

Полиса бр. _____
Штета бр. _____

Агенција/агент _____


ОПШТА ПРИЈАВА за тешко болна состојба

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 КРОАЦИЈА 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	

_____ 201__ год.

корисник)

(договорувач -

 CROATIA® осигурување/живот	ФОРМУЛАР	ДРПП-ФС 8.5/5-2
		Издание: 4
	ПРИЈАВА, ЕВИДЕНЦИЈА И ЛИКВИДАЦИЈА НА ШТЕТИ	Дата: 16.03.2016
		Страница 2 од 2

Со овој потпис потврдувам дека: 1. податоците во овој акт се вистинити и при промената на податоците благовремено ќе го Со овој потпис:

се согласувам

не се согласувам

1. податоците во овој акт се вистинити и при промената на податоците благовремено ќе го известам друштвото
2. во целост ја прифаќам содржината на овој акт
3. друштвото може да ги користи моите податоци согласно законските прописи за заштита на лични податоци (вклучувајќи го и ЕМБГ)
4. Друштвото може да ги користи моите податоци со цел обработка на актот, постапување по истиот, за ажурирање на податоци во системот и да ги отстапи на трети лица врз основа на склучен договор со Друштвото во согласност со моето писмено произнесување
5. Друштвото го задржува правото да побара и други податоци заради остварување на целта по овој акт.
6. 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.

Потпис на договорувач - корисник
