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

Полиса бр. _____
Штета бр. _____

Агенција/агент _____


ОПШТА ПРИЈАВА

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)

Со овој потпис:

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

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
