

Полиса

Број на полиса

Осигуреник

Презиме и име

Матичен број

Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)

Занимање (во моментот на случување на осигурениот случај)

Телефон

E-mail

Се согласувам целата комуникација по однос на наведеното барање да се води по електронски пат на наведената e-mail адреса

☐ Да

☐ Не

Општи податоци за осигурениот случај

Причина за престој во здравствена институција, односно операција или начин на настанување на фрактура.

Име на здравствената институција во која е извршено лекувањето на осигуреникот

Датум на прием

Датум на отпуштање

Датум на настанување на осигурен случај

Податоци за сметката

Назив на банката

Број на денарска сметка

Согласност за наплата на премија

Согласен сум доколку за полисата по која е поднесено ова барање постои доспеана а ненаплатена премија, од висината на утврдениот надоместок кој СИГАЛ ЛАЈФ ќе биде утврдено да ми го исплати, прво да се наплати доспеаната ненаплатената премија, додека останатиот износ да биде исплатен на мојата т-ска сметка .

ДА ☐

НЕ ☐

„Изјавувам под морална, кривична и материјална одговорност дека (со означување на соодветното поле за избор и наведување на потребните информации)“

1. не сум носител на јавна функција и/или лице поврзано со носител на јавна функција;

☐ Не

2. сум носител на јавна функција (наведете ја функцијата) и/или лице поврзано со носител на јавна функција (наведете ја функцијата).

☐ Да

Потребна документација:

1. Фотокопија од полисата за осигурување
2. Отпусно писмо, доколку осигуреникот престојувал во болница
3. Податоци за историја на болеста
4. Комплетна медицинска документација од почетокот до завршувањето на лекувањето
5. Фотокопија од личната карта на осигуреникот
6. Фотокопија од трансакциска сметка на име на осигуреникот
7. Записник од надлежни органи (МВР, ОЈО) доколку е настаната незгода кој е извршен увид

Напомена:

Наведените документи и одговори на прашањата во ова барање се задолжителни при пријавување на барањето за исплата на штета.

Начин на пријава на штета (заокружете) :

а) по пошта

б) во просториите на Друштвото

в) електронска пошта

г) друго _____

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на СИГАЛ Лајф а.д Скопје, како и да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Дирекцијата за заштита на личните податоци. Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти. Изјавувам дека наведените податоци се точни.