

Барање за исплата
на осигурана сума
во случај на тешки болести

Пријава



СИГАЛ Лајф А.Д. Скопје
бул. Илинден 1, 1000 Скопје
Тел. (02) 3288 820, Факс (02) 3215 128
E-mail: life@sigal.com.mk, www.sigal.com.mk

Полиса			
	Број на полиса		
Осигуреник			
	Презиме и име		Матичен број
	Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)		Место и држава на раѓање
	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			
„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			
Корисник на осигурување			
	Презиме и име		Матичен број
	Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)		Место и држава на раѓање
	Телефон	E-mail	
„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			
Податоци за сметката			
	Назив на банката		Број на денарска сметка
Осигурен случај			
	Датум на утврдување на дијагнозата		Здравствена институција во која е утврдена дијагнозата
	Дијагноза заради која ја поднесувате приложената документација		
	Дали осигуреникот е лекуван или се лечи болнички или во амбуланта во врска со пријавената тешка болест? ☐ да ☐ не		
Име на здравствена институција во која се лекувал или сеуште се лечи			
Дополнителни прашања за осигуреникот и корисникот (FATCA)			
1. Дали осигуреникот има државјанство од САД?		☐ Да	☐ Не
2. Дали осигуреникот е даночен обврзник во САД?		☐ Да	☐ Не
3. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето има заеднички капитал или е здружен со некој правен субјект регистриран во САД?		☐ Да	☐ Не
(доколку е, да се достави Извод од Трговски регистар)			
4. Доколку имате поврзаност со САД наведете US TIN number			
5. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е даночен обврзник во САД?		☐ Да	☐ Не
6. Дали некој од сопствениците на правниот субјект во својство на договорувач или корисник на осигурувањето, кој има сопственички удел поголем од 10% во земјите без IGA договор или повеќе од 25% во земјите со IGA договор е даночен обврзник во САД?		☐ Да	☐ Не
7. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е финансиска институција?		☐ Да	☐ Не

Потребна документација:

1. Оригинален примерок од полисата за осигурување
2. Комплетна медицинска документација од почетокот до завршувањето на лекувањето, а која е поврзана со настанатата болест (фотокопија)
3. Заверена фотокопија од здравствениот картон
4. Фотокопија од личната карта на осигуреникот
5. Фотокопија од трансакциска сметка на име на осигуреникот

Напомена:

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

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.

Начин на пријава на штета (заокружете) :

а) по пошта

б) во просториите на Друштвото

в) електронска пошта

г) друго _____

Место и датум

Потпис на осигуреникот