

Број на полиса (да се наведе задолжително)

Договорувач на
осигурувањето

Презиме, име / назив на друштвото

ЕМБГ / ЕДБ

Поштенски број Место, улица и број

E – mail

Телефонски број

Осигуреникот (личност која
ја доживеала незгодата)

Презиме, име / назив на друштвото

Датум на раѓање

Поштенски број Место, улица и број

Занимање (во моментот на настанување на осигурениот случај)

ЕМБГ / ЕДБ

E - mail

Телефонски број

Број на трансакциска сметка

Општи податоци за несреќата (ве молиме, наведете точни и детални податоци)

Податоци за незгодата

Датум

Време

Место на незгодата

Детален опис на незгодата

Се бара надомест за (означете со X)

☐

Траен инвалидитет

☐

Смрт со последици од несреќен случај

☐

Смрт со последици од болест

☐

Дневен надомест

☐

Трошоци за лекување

По основ на (означете со X)

☐

Колективно осигурување

☐

Автонезгода

Дали станува збор за повреда
на работно место?

☐

Да

☐

Не

Дали несреќниот случај е
потврден од полиција?

☐

Да

☐

Не

Дали осигуреникот имал конзумирано алкохол
во последните 12 часа пред незгодата?

☐

Да

☐

Не

Потребни документи за пријава на штета:

1. Медицинска документација (специјалистички извештај) од денот на повредата
2. РТГ снимки доколку имало траума/скршеница, фотографија од повредениот орган доколку станува збор за повреда на кожата/рана
3. Доказ за трошоците за лекување во оригинал (фискална сметка, сметкопотврда)
4. Извод од матична книга на родени (за малолетно лице)
5. Фотокопија од лична карта или патна исправа
6. Фотокопија од трансакциска сметка на осигуреникот/старателот
7. Полициски записник (доколку е изготвен)

Изјавувам дека се сложувам медицинските лица, болниците каде што е извршен лекарскиот третман како и овластените лица од СИГАЛ, да ги користат во свои цели медицинските извештаи, сметкопотврдите и останатите докази поврзани со лекарскиот третман, а со цел за утврдување на вистинитоста на настанот и мојата пријава.

Изјавувам дека се сложувам Осигурувачот – СИГАЛ – при постапката на решавање на штетно побарување, доколку оцени за потребно, да има право на увид во целокупната документација и да прибира информации од трети лица за моменталната и мината здравствена состојба на Осигуреникот (здравствен картон, извештаи од специјалистички ординации, картони – историја на болести во болнички установи и слично).

Изјавувам дека наведените податоци се вистинити и точни.

Датум и место на пријавување

Потпис и полно име и презиме