

Експозитура _____

Штета бр: _____
Полиса бр: _____**ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА**
НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ - ОПШТА ПРИЈАВА**ПРАШАЊА ЗА ОСИГУРУВАЧОТ И ОДГОВОРИ НА ОСИГУРЕНИКОТ КОРИСНИКОТ**

| | | | |
|----|--|--|-------|
| 1 | Име и презиме на лицето или организацијата која што заклучила осигурувањето? | | |
| 2 | Податоци за осигуреникот: | | |
| | А име и презиме | | |
| | Б адреса на живеење | | |
| | В занимање | | |
| | Г дата и место на раѓање | | |
| 3 | Дата на несреќен случај | Ден _____ 20 ____ год. во _____ часот. | |
| 4 | Точенопис како дошло до несреќата? (на кое место и на кој начин-при каква работа-и која е причината за несреќата) | | |
| 5 | Име и презиме на очевидците на несреќниот случај (доколку има): | | |
| 6 | Какви повреди предизвикал несреќниот случај? (заокружи) | ТЕШКИ | ЛЕСНИ |
| 7 | Дали повредите предизвикале смрт на повредениот/а? (заокружи) | ДА | НЕ |
| | Дали постои опасност по неговиот/нејзиниот живот? (заокружи) | ДА | НЕ |
| 8 | Која здравствена установа му пружила прва помош? | | |
| 9 | Во која здравствена установа се лекувал? | | |
| 10 | Дали повредениот има историја на тешка болест, и / или телесна мана? Ако ДА, објасни каква: | ДА | НЕ |
| 11 | Дали по пријавениот случај е извршен увид? (заокружи) | ДА | НЕ |
| | Дали е водена истрага? (заокружи) | ДА | НЕ |
| | Надлежен орган: | | |
| 11 | Дали осигуреникот има право на бесплатна здравствена помош? | | |

Со ова изјавувам дека исправно одговорив на сите прашања (точно, вистинито и потполно). Ги овластувам лекарите кои што ме лекуваат и оние кои порано ме лечеа дека можат да дадат информации на друштвото за осигурување во врска со пријавената несреќа доколку тоа од нив се бара.

_____ 20 ____ год.

(договорувач на осигурувањето)

• КОЛЕКТИВНО ОСИГУРУВАЊЕ

ПОТВРДА НА ДОГОВОРУВАЧОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО ЗА ПРИЈАВЕНА ШТЕТА
ПО КОЛЕКТИВНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

Потврдувам дека лицето _____
со стан _____ улица _____ бр. _____ општина
_____ пошта бр. _____ е вработен кај нас по занимање
_____ и во врска со неговата работа ги извршува следниве работни
задачи _____
и дека колективно е осигуран од последица на несрекен случај во А.Д. за осигурување “ВАРДАР” во
_____ полиса број _____ издадена на ден _____ и му е
задржана и уплатена премија за месец _____ 20 _____ год. по платен список за месец
_____ 20 _____ год. под реден број _____ во износ од ден. _____ и премијата
е уплатена на ден _____ 20 _____ год. со премијата за другите вработени во вкупен износ
_____ ден.

Воедно потврдуваме дека именуваниот беше на работното место на ден _____ 20 _____ год.

Во _____ 20 _____ год.

(печат и потпис на овластеното лице)