

Штета број:
Полиса број:
Важност :

Подружница:

ПРИЈАВА**НА ШТЕТА ОД ЗДРАВСТВЕНО ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ****ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

Осигуреник		ЕМБГ	
Место		Адреса	Контакт тел.

ПОДАТОЦИ ЗА ПАТУВАЊЕТО

Датум на заминување		Датум на враќање		Превозно средство	
---------------------	--	------------------	--	-------------------	--

ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН

Датум		Држава		Место	
-------	--	--------	--	-------	--

ПОДАТОЦИ ЗА НАСТАНАТА ШТЕТА**ОПИС НА БОЛЕСТА / НЕЗГОДАТА:** Краток опис на симптомите кои ве наведоа на посета на доктор

Име и презиме на доктор/ назив на здрав.установа				Адреса	
--	--	--	--	--------	--

Дијагноза			
-----------	--	--	--

<input type="checkbox"/> Лекарски преглед	<input type="checkbox"/> Специјалистички преглед	<input type="checkbox"/> Лабораторија	<input type="checkbox"/> Снимање (X-ray)	<input type="checkbox"/> Престој во болница
<input type="checkbox"/> Друго				

ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ПАТНИ ДОКУМЕНТИ**1. За доцнење на багажот**

Време на пристигнување	Датум	час	Аеродром
Предаден/најден	Датум	час	Место

2. За кражба на багаж

Место	Датум	Пријавено	ДА	НЕ
-------	-------	-----------	-----------	-----------

ИЗЈАВА ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ШТЕТАТА

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата	
---	--

Дали и на кој орган е пријавена штетата? (наведете седиште). Во случај да не е пријавена, да се наведат причините	
---	--

Корисникот на осигурувањето	ЕМБГ
Трошоци платени од осигуреникот	Валута
Се бара исплата на надомест во износ од	

НАПОМЕНА: Во прилог да се достават сите докази за направени трошоци (од болница, аеродром и сл.)

Одобрениот износ на штета согласно важечките услови за осигурување да се исплати на трансакциска сметка	
	депонент банка

- За валидноста на податоците, наведените во оваа пријава на штета, одговарам под полна морална, материјална и кривична одговорност .
- Во согласност со Законот за заштита на личните податоци изјавувам дека сум согласен наведените личните податоци во пријавата од страна на Триглав Осигурување АД да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.

М.П

ОСИГУРЕНИК/ОШТЕТЕН