

Број на полиса (да се внесе задолжително)

## ДОГОВОРУВАЧ на осигурувањето

Презиме, име / Име на фирма

Телефонски број

Поштенски број Место, улица и број

e-mail

ЕМБГ / ЕДБ

## ОСИГУРЕНИКОТ (личност која ја доживеала незгодата)

Презиме, име / Име на фирма

Телефонски број

Поштенски број Место, улица и број

Занимање (во моментот на настанување на осигурениот случај)

Датум на раѓање

e-mail

ЕМБГ / ЕДБ

Број на штедна или тековна сметка

Депонент банка

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 несрекен 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 консумирано алкохол во последните 12 часа пред незгодата?

Да

Не

### Потребни документи за пријава на штета:

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

Изјавувам дека се сложувам медицинските лица, болниците каде што е извршен лекарскиот третман како и овластените лица од ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, 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 ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола при постапката на решавање на отштетно 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.

Потпис и полно име и презиме

Во \_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_ . 20\_\_ год.



Пополнува субјектот на лични податоци

Во согласност со Законот за заштита на личните податоци ја давам следната:

## ИЗЈАВА

за согласност на обработка на лични податоци и чување фотокопии од лична документација

Јас долупотпишаниот,

Име и презиме

Согласен сум Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, моите лични податоци да ги обработува согласно, Законот за заштита на лични податоци и позитивните законски прописи и интерни акти на, Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, а особено да ги регистрира, обработува и ажурира моите податоци за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, да врши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или другите држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно добиено одбрение на Дирекцијата за заштита на лични податоци. Наведените податоци се деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите важечки законски прописи. Доколку штетата не е пријавена директно од оштетеното лице, пријавителот изјавува дека е согласен да го извести оштетениот за размената и начинот на обработка на личните податоци на оштетениот согласно оваа изјава. Изречно изјавувам дека сум запознаен со правото на увид и имам информација во врска со обработка и исправка на моите лични податоци. Изречно сум согласен за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, заради евентуална заштита на правата на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, во судски, управни постапки или други постапки определени со закон, да направи и да задржи копија од мојата лична карта, да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка и друг личен документ. Изјавата ја давам под полна морална материјална и кривична одговорност не присилуван од никого. Изјавувам дека сум согласен/а за истите цели Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола да направи и чува фотокопии од моите лични документи и тоа:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> лична карта / пасош | <input type="checkbox"/> трансакциона сметка                                 |
| <input type="checkbox"/> возачка дозвола     | <input type="checkbox"/> медицинска документација                            |
| <input type="checkbox"/> сообраќајна дозвола | <input type="checkbox"/> извод од матична книга на родени / умрени / венчани |

Согласен сум целата комуникација и достава на документација да се одвива преку следната Е-mail адреса:

Лицето кое го пополнува овој образец со свој потпис ја потврдува вистинитоста на наведените податоци во него.

Датум

Место

Потпис