

## БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА КАКО ПОСЛЕДИЦА ОД СМРТ:

- ОД БОЛЕСТ
- ОД НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

ПО ПОЛИСА БРОЈ

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ/КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО	
Име и презиме:	
ЕМБГ:	
Адреса на живеење	
Занимање	
ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	
Име и презиме	
ЕМБГ	
Адреса на живеење	
*Мобилен тел.број на корисникот на осигурувањето	
*Е маил адреса на корисникот на осигурувањето	
*Број на трансакциона сметка на корисникот на осигурувањето	
*Име на банката на корисникот на осигурувањето	
<b>***ВАЖНА НАПОМЕНА:</b> -Податоците означени со симболот „*“, се задолжителни за потполнување; -Известувањето за закажан лекарски преглед, известувањето за дополнителна достава на потребна документација, како и известувањето за решена штета, ќе Ви бидат доставени по електронски пат на наведената Е-маил адреса, односно по СМС на наведениот мобилен телефонски број.	
ПОДАТОЦИ ЗА СМРТНИОТ СЛУЧАЈ	
а).Кога и каде настанал смртниот случај?	На ден ____ 20 ____ година во ____ часот.
<input type="checkbox"/> На работно место;	<input type="checkbox"/> Во домот;
<input type="checkbox"/> Друго место _____;	
ПРИЧИНА ЗА СМРТТА	
_____ _____ _____ _____	



Под полна морална, материјална и кривична одговорност, изјавувам дека сите искази дадени во оваа Пријава се вистинити, точни и во случај да не се напишани своерачно. Го овластувам Еуролинк осигурување, да има право на увид во целокупната документација во врска со настанатиот несреќен случај и истата да може да ја фотокопира и да направи препис.

Со потпишување на оваа пријава, изречно се согласувам АД за осигурување ЕУРОЛИНК Скопје да врши обработка и да направи копија на моите лични податоци, на посебната категорија на мои лични податоци, согласно одредбите на Законот за заштита на лични податоци, со цел остварување на моето право за надомест на штета.

Изјавил (Полно име и презиме): \_\_\_\_\_;

Место и датум: \_\_\_\_\_.

**Приемот на оваа пријава не значи признавање на правото за надомест на штета.**

Потпис на корисникот на осигурувањето

\_\_\_\_\_



**Потврда на договорувачот на осигурувањето****1.Работници**

Назив на правното лице: \_\_\_\_\_;

Адреса: \_\_\_\_\_;

Телефон за контакт на правното лице: \_\_\_\_\_;

Е-маил адреса на правното лице: \_\_\_\_\_;

Потврдуваме дека работникот \_\_\_\_\_ на работното место \_\_\_\_\_ бил во непрекинат работен однос кај договорувачот на осигурувањето од \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год. до \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год.

Во \_\_\_\_\_ на ден \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ година.

\_\_\_\_\_  
Потпис и печат на одговорно лице**Потврда на договорувачот на осигурувањето****1.Ученици/Студенти**

Назив на образовната установа: \_\_\_\_\_;

Адреса: \_\_\_\_\_;

Телефон за контакт на образовната установа: \_\_\_\_\_;

Е-маил адреса на образовната установа: \_\_\_\_\_;

Потврдуваме дека ученикот/студентот \_\_\_\_\_ во образовната установа \_\_\_\_\_ беше редовен ученик/студент кај договорувачот на осигурувањето од \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год. до \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год.

Во \_\_\_\_\_ на ден \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ година.

\_\_\_\_\_  
Потпис и печат на одговорно лице