***БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА ОД ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ***

**ШТЕТА БР.** /

**ПО ПОЛИСА БРОЈ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ/КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО** | | | | | | |
| **Име на осигуреникот** | |  | | | | |
| **ЕМБГ** | |  | | | | |
| **Адреса** | |  | | | | |
| **\*Телефон** | |  | | | | |
| **\*Е-маил** | |  | | | | |
| **\*Трансакциона сметка** | |  | | | | |
| **\*Име на банката** | |  | | | | |
| **\*Важна напомена: Податоците означени со симболот „\*„ се задолжителни за потполнување.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **ПОДАТОЦИ ЗА ПАТУВАЊЕТО** | | | | | | |
| Службено ПриватноОрганизирано патување преку туристичка агенција | | | | | | |
| Дата и час на заминување/Превозно средство | | | |  | | |
| Дата и час на враќање/Превозно средство | | | |  | | |
| Дата на планирано враќање/Превозно средство | | | |  | | |
| Во која држава патувавте? | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| **ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИОТ НАСТАН** | | | | | | |
| Дата, час и место на настанување на незгодата-болеста | | |  | | | |
| Кога за прв пат се јавивте на лекар? | | |  | | | |
| Име на лекарот/болницата | | |  | | | |
| Опишете ја болеста или незгодата (причина за одење на лекар-симптоми) | | |  | | | |
| Податоци за лекувањето | | | | | | |
| Лекарски преглед  Снимање | Специјалистички преглед  Лабораторија | | | | | Болничко лекување |
| Износ на трошоците платени од осигуреникот | | |  | | | |
| Дали порано сте се лекувале од иста болест или незгода? | | | ДА НЕ | | | |
| Доколку на претходното прашање е позитивно одговорено, напишете го месецот годината и местото | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Дали настанот е пријавен во контакт центарот Еуролинк 24? | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **ДОЦНЕЊЕ НА БАГАЖ** | | | | | | |
| Датум и час на пристигнување на крајната дестинација/Аеродром | | |  | | | |
| Датум и час кога Ви е вратен/предаден багажот | | |  | | | |
| Место на враќање | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ПАТНИ ДОКУМЕНТИ (ВО СЛУЧАЈ НА КРАЖБА)** | | | | | | |
| Во што се состои штетата? | | |  | | | |
| Кога и каде настанала/ е забележана? | | |  | | | |
| Каде се наоѓавте Вие кога се случила штетата? | | |  | | | |
| Каде е пријавена штетата? | | | Полиција Превозник Станица Хотел | | | |
| Дали просторијата (ормарот) била заклучена? | | | | |  | |
| Каде се наоѓал клучот? | | | | |  | |
|  | | | | | | |
| **ДРУГА ПОМОШ ПРИ ПАТУВАЊЕ** | | | | | | |
| Во што се состои вашето барање? | | |  | | | |
| Кога и каде е пријавено барањето односно настанот? | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **ЗАБЕЛЕШКА:** Се бара исплата на износ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **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.  Начин на пријава на штета:  Лично  Електронски  Телефон/Факс  Изјавил (Полно име и презиме): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  Место и датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  **Приемот на оваа пријава не значи признавање на правото за надомест на штета.**  Потпис на осигуреното лице/корисникот на осигурувањето  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |