CROATIA®
осигурување/неживот

Број на штета	
Датум на прием	
Број на полиса	

Ве молиме внимателно прочитајте и пополнете го овој образец како би можеле Вашето оштетно побарување да го решиме согласно со полисата на осигурување која ја имате

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Податоци за осигуреникот

Име и презиме			
ЕМБГ/ЕДБ			
Адреса за контакт			
Контакт телефон			
Е-маил			
Број на трансакциска сметка		**Банка**	

Податоци за осигурен настан

Датум, час и место на настанување на незгодата/настанот	
Кога првпат се јавивте на лекар	
Име на лекар/болница	
Дијагноза поставена при извршен преглед	
Кога за прв пат е препорачано извршувањето на операција	
Опис на болеста или незгодата (причина за одење на лекар –симптоми)	

Податоци за лекување	Лекарски преглед ☐	Специјалистички преглед ☐	Болничко лекување ☐	Снимање ☐	Лабараторија ☐

Останато (да се наведе)		
Износ на трошоци платени од осигуреникот		
Дали порано сте се лекувале од истата болест	**да**	**не**
Дали настанот е пријавен во контакт центар за ДЗО	**да**	**не**

Во случај на сообраќајна незгода

Тип, марка на возило кое ја предизвикало незгодата	
Регистарски бр. на возилото кое ја предизвикало незгодата	
Име и презиме на возач/сопственик	
Дали повредениот има и осигурување од незгода	
Дали е извршен увид од страна на МВР	
Каде и кога е пријавен настанот	
Се бара исплата на износ	

Согласно Законот за за заштита на личните податоци заради остварување на моето право за надомест на штета изјавувам дека сум согласен/на Кроација Осигурување А.Д. Друштво за неживотно осигурува да ги употреби, обработи, регистрира, зачува, ажурира и сл. Личните одатоци наведени во пријавата;

Изјавувам дека сум согласен за истите цели да се направат фотокопии од моите лични документи и тоа: (означете)

☐ Лична карта/ пасош ☐ возачка дозвола/ здрав. лег. ☐ сообраќајна книшка ☐ транс. сметка

Согласен/на сум за потребите на постапката, осигурувачот/ обработувачот, да изврши пренос на моите лични податоци во други држави членки на ЕУ или во земји кои не се членки на ЕУ, со претходно од Дирекцијата за заштита на лични податоци; Доколку оштетениот во овој образец го наведе бројот на својот мобилен телефон, согласен е да добива СМС пораки за статусот на пријавената штета, а со н на е.маил адреса се согласува комуникација по предметната штета да се води по електронски пат

Запознаен/на сум со моето право на увид, информација или исправка на лични податоци согласно одредбите од ЗЗЛП на РМ;

Запознаен/ на сум дека податоците од оваа пријава се деловна тајна за Друштвото согласно ЗЗЛП на РМ и ЗСО на РМ како и останатите закони и подзаконски акти.

Со мојот потпис ја потврдувам вистинитоста и веродостојноста на наведените податоци во оваа пријава.

Потпис/ печат за правно лице/ на оштетениот/осигуреникот

Во _____датум _____ **_____**