

БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА КАКО ПОСЛЕДИЦА ОД НЕЗГОДА:

☐ ОД НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ

☐ ОД ТЕШКА БОЛЕСТ

ПО ПОЛИСА БРОЈ

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ/КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО	
Име и презиме:	
ЕМБГ:	
Адреса на живеење	
*Мобилен тел.број на корисникот на осигурувањето	
*Емаил адреса на корисникот на осигурувањето	
*Број на трансакциона сметка на корисникот на осигурувањето	
*Име на банката на корисникот на осигурувањето	
***ВАЖНА НАПОМЕНА: -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.	
а).Дали и претходно сте имал/а несрекен случај? ☐ ДА ☐ НЕ	
Ако да, на кој ден _____ 20____ година и со кои последици? _____;	
б).Дали е исплатена штета? ☐ ДА ☐ НЕ	
Ако е исплатена, во која осигурителна компанија _____, по која полиса бр. _____, и во кој износ _____;	
в).Дали имате склучено осигурување и кај друга осигурителна компанија?	
☐ Осигурување од несрекен случај -Во осигурителна компанија _____ -По полиса бр. _____	
ПОДАТОЦИ ЗА НЕСРЕКНИОТ СЛУЧАЈ	
а).Кога, каде и под кои околности се случил несрекниот случај?	
б).За каков вид на несрекен случај станува збор: ☐ Незгода; ☐ Сообраќајна незгода; ☐ Тепачка	



ЕУРОЛИНК Осигурување АД – Скопје ул.Никола Кљусев бр.2,1000 Скопје, Република Македонија,тел.(02) 32 89 301, факс (02) 32 31 625, емаил:eurolink@eurolink.com.mk, www.eurolink.com.mk

Подружници: Кисела Вода (02)32 32 245, Капиштец (02) 32 31 335, Тафталиџе (02) 30 91 204, Битола (047)24 29 25, Охрид (046) 26 55 88, Штип (032) 38 41 51, Гевгелија (034) 21 34 74, Струмица (034) 34 06 29, Кавадарци (043) 42 08 62, Гостивар (042) 22 17 71, Прилеп (048) 42 00 71, Кочани (033) 27 00 82, Куманово (031) 43 95 60, Тетово (044) 35 32 70, Богданци (034) 22 10 91, Винаца (033) 36 03 10, Неготино (043) 37 15 34, Демир Хисар (047) 27 50 24, Струга (046) 78 60 26, Ресен (047) 45 56 66, Кичево (045) 22 47 30, Валандово (034) 38 36 83, Велес (043) 21 16 20, Македонски Брод (045) 27 42 30, Делчево (033) 41 03 30, Крива Паланка (031) 37 74 11, Кривогаштани (048) 47 72 67, Дебар (046) 83 39 00, с. Желино (044) 37 82 63, Свети Николе (032) 44 45 30

в).Дали несреќниот случај е настанат на професионален тренинг/натривар? ☐ ДА ☐ НЕ

г).Дали е извршен увид/составен записник од страна на службен орган? ☐ ДА ☐ НЕ

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 осигуреното лице/корисник на осигурувањето



ЕУРОЛИНК Осигурување АД – Скопје ул.Никола Кљусев бр.2,1000 Скопје, Република Македонија,тел.(02) 32 89 301, факс (02) 32 31 625,
емаил:eurolink@eurolink.com.mk, www.eurolink.com.mk

Подружници: Кисела Вода (02)32 32 245, Капиштец (02) 32 31 335, Тафталијец (02) 30 91 204, Битола (047)24 29 25, Охрид (046) 26 55 88, Штип (032) 38 41 51, Гевгелија (034) 21 34 74, Струмица (034) 34 06 29, Кавадарци (043) 42 08 62, Гостивар (042) 22 17 71, Прилеп (048) 42 00 71, Кочани (033) 27 00 82, Куманово (031) 43 95 60, Тетово (044) 35 32 70, Богданци (034) 22 10 91, Винаца (033) 36 03 10, Неготино (043) 37 15 34, Демир Хисар (047) 27 50 24, Струга (046) 78 60 26, Ресен (047) 45 56 66, Кичево (045) 22 47 30, Валандово (034) 38 36 83, Велес (043) 21 16 20, Македонски Брод (045) 27 42 30, Делчево (033) 41 03 30, Крива Паланка (031) 37 74 11, Кривогаштани (048) 47 72 67, Дебар (046) 83 39 00, с. Желино (044) 37 82 63, Свети Николе (032) 44 45 30

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

Назив на правното лице: _____;

Адреса: _____;

Телефон за контакт: _____;

Е-маил адреса на правното лице: _____;

Потврдуваме дека работникот _____ на работното место _____ е во непрекинат работен однос кај договорувачот на осигурувањето од _____ 20____ год. до _____ 20____ год.

Работникот беше на боледување 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: _____;

Е-маил адреса на образовната установа: _____;

Потврдуваме дека ученикот/студентот _____ во образовната установа _____ е редовен ученик/студент кај договорувачот на осигурувањето од _____ 20____ год. до _____ 20____ год.

Ученикот/Студентот беше на боледување од _____ 20____ год. до _____ 20____ год.

Во _____ на ден _____ 20____ година.

Потпис и печат на одговорно лице