

ПОДРУЖНИЦА: .....  
Штета број: .....  
Број на полиса: .....  
Важност : .....

**ПРИЈАВА НА ШТЕТА ОД НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ  
ОПШТА ПРИЈАВА**

**I. ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ :**

Назив на договорувачот на осигурувањето: ..... седиште .....

**II. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ :**

Осигуреник: ....., ЕМБГ:

Место и адреса на живеење: .....

Е-маил: ..... Тел.број: .....

Статус на осигуреникот во случај на несреќа:  вработен  невработен  пензионер  останато .....

**III. ПОДАТОЦИ ЗА ШТЕТНИОТ НАСТАН (НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ) :**

Датум, време и место на случување на штетниот настан: .....

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата (на кој начин, при каква работа и од кои причини)

.....

.....

Какви повреди предизвикал несреќниот случај ?  телесни повреди  тешки телесни повреди

Дали повредите предизвикале смрт на повреденото лице ?  да  не

Која здравствена установа му пружила прва помош ? .....

Во која здравствена установа се лекувал ? .....

Дали повредениот има историја на тешка болест и/или телесна маана ? (ако е ДА објасни каква) .....

.....

**(Наредниот дел од Пријавата се пополнува доколку штетниот настан е пријавен во МВР)**

Во која полициска станица е пријавен случајот ? .....

Име, презиме и адреса на лицата кои биле сведоци на штетниот настан ? .....

.....

Дали е водена истрага ?  да  не

Доколку ДА од кој надлежен орган ? .....

Во прилог на Пријавата се согласувам и ја доставувам следната медицинска и друга документација потребна за решавање на штетата :

- Медицинска документација (отпусно писмо, медицински извештаи, РТГ снимки, картон од физикална терапија, боледување и сл.).
- Полициски записник и Скица од место на настанот (во случај на сообраќајна незгода)
- Фотокопија од возачка дозвола од возилото во кое се превезувал оштетениот (во случај на сообраќајна незгода)
- Потврда од МВР (за штетен настан пријавен во полиција)
- Друга потребна документација .....

#### IV. ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ :

Одобрениот износ на штета во согласност со важечките услови за осигурување да се исплати на следната трансакциска сметка:

Број : ..... Банка .....

Сопственост на .....

##### ИЗЈАВА:

\*Јас долупотпишаниот изјавувам дека сите податоци дадени во оваа пријава се точни и вистинити. Намерно лажно прикривање/прикажување на информации претставува кривично дело согласно позитивните законски норми и може да има за последица губење на правата од осигурување.

\*Со потпишувањето на овој образец се согласувам со можноста Триглав Осигурување АД, Скопје да ги доставува сите документи и обрасци во електронска форма на е-маилот на оштетениот наведен во точка I од пријавата.

да  не

\*Во согласност со Законот за заштита на лични податоци изјавувам дека сум согласен наведените лични податоци, да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани од страна на осигурувачот Триглав Осигурување АД, Скопје, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на неговото право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.

\*Информациите за заштита на личните податоци се објавени во Политиката за приватност на веб-страницата [www.triglav.mk](http://www.triglav.mk).

Во ..... На ден .....

ОШТЕТЕН

**I. КОЛЕКТИВНО ОСИГУРУВАЊЕ :**

**ПОТВРДА НА ДОГОВОРУВАЧОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО ЗА ПРИЈАВЕНА ШТЕТА ПО КОЛЕКТИВНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ**

Лицето (име и презиме) ..... со живеалиште во  
место ..... улица ..... број ..... по професија .....  
вработен кај нас на работно место ..... потврдуваме дека е  
колективно осигуран од последица на несреќен случај во ТРИГЛАВ ОСИГУРУВАЊЕ АД во .....  
(фирма) со полиса број ..... издадена на ден ..... и му е задржана  
и уплатена премија за месец ..... 20..... год., по платен список за месец ..... 20..... год., под реден број во износ од  
..... ден. и премијата е уплатена на ден ..... 20..... год. со премијата за другите вработени во вкупен износ од  
..... денари.

Поради незгодата вработениот отсутствувал од ..... до ..... (користел боледување, одмор) и заклучно се  
врати на работа на ден .....

Вработениот поради незгодата има скратено работно време од ..... до .....

Потврдуваме дека вработениот беше на работно место на ден ..... 20 ..... (се пополнува за полисите за колективно  
осигурување со важност за работно време).

Осигуреникот е:  вработен  член на семејство  друг .....

Во ..... На ден .....  
(печат и потпис на работодавачот)

## I. ПОСТАПКАТА ЗА РЕШАВАЊЕ НА БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА :

