

Полиса			
	Број на полиса		
Осигуреник	Презиме и име	Матичен број	
	Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)		
	Занимање (во моментот на случаување на осигурениот случај)	Телефон	E-mail
	Се согласувам целата комуникација по однос на наведеното барање да се води по електронски пат на наведената e-mail адреса		
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не		
Корисник на осигурување	Матичен број		
	Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)		
	Телефон	E-mail	
Податоци за сметката	Назив на банката Број на денарска сметка		
Осигурен случај	Датум на утврдување на дијагнозата	Здравствена институција во која е утврдена дијагнозата	
	Дијагноза заради која ја поднесувате приложената документација		
	Дали осигуреникот е лекуван или се лечи болнички или во амбуланта во врска со пријавената тешка болест?		
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не		
	Име на здравствена институција во која се лекувал или сеуште се лечи		

Дополнителни прашања за осигуреникот и корисникот (FATCA)

1. Дали осигуреникот има државјанство од САД?
 Да Не
2. Дали осигуреникот е даночен обврзник во САД?
 Да Не
3. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето има заеднички капитал или е здружен со некој правен субјект регистриран во САД?
 (доколку е, да се достави Извод од Трговски регистар)
 Да Не
4. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е даночен обврзник во САД?
 Да Не
5. Дали некој од сопствениците на правниот субјект во својство на договорувач или корисник на осигурувањето, кој има сопственички уддел поголем од 10% во земјите без IGA договор или повеќе од 25% во земјите со IGA договор е даночен обврзник во САД?
 Да Не
6. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е финансиска институција?
 Да Не



УНИКА ЛАЈФ А.Д. Скопје
бул.Илинден 1, 1000 Скопје
Тел. (02) 3288 820, Факс (02) 3215 128
E-mail: uniqualifeinfo@uniqa.mk, www.uniqa.mk

Пријава

Барање за исплата на осигурана сума во случај на тешки болести

Потребна документација:

1. Оригинален примерок од полисата за осигурување
 2. Комплетна медицинска документација од почетокот до завршувањето на лекувањето, а која е поврзана со настанатата болест (фотокопија)
 3. Заверена фотокопија од здравствениот картон
 4. Фотокопија од личната карта на осигуреникот
 5. Фотокопија од трансакциска сметка на име на осигуреникот

Напомена:

Наведените документи и одговори на прашањата во ова барање се задолжителни при пријавување на барањето за исплата на штета.

Изјавувам под морална, кривична и материјална одговорност дека (заокружете ја бројката и наведете ги потребните информации):

1. не сум носител на јавна функција и/или лице поврзано со носител на јавна функција;
 2. сум носител на јавна функција (наведете ја функцијата) и/или лице поврзано со носител на јавна функција (наведете ја функцијата).

Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на УНИКА Лайф а.д Скопје, како и да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Дирекцијата за заштита на личните податоци. Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти. Изјавувам дека наведените податоци се точни.

Начин на пријава на штета (заокружете) :

- а) по поща б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____

Место и датум

Потпис на осигуреникот