

Полиса

Број на полиса

Осигуреник

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Презиме и име	Матичен број	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)	Место и држава на раѓање	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Занимање (во моментот на случување 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Презиме и име	Матичен број	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Адреса (поштенски број, место, улица, куќен број)	Место и држава на раѓање	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Телефон	E-mail	

Податоци за сметката

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Назив на банката	Број на денарска сметка

Осигурен случај

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Датум на утврдување на дијагнозата	Здравствена институција во која е утврдена дијагнозата
<input type="text"/>	
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	<input type="text"/>

Дополнителни прашања за осигуреникот и корисникот (FATCA)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Дали осигуреникот има државјанство од САД? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Не |
| 2. Дали осигуреникот е даночен обврзник во САД? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Не |
| 4. Доколку имате поврзаност со САД наведете US TIN number | <input type="text"/> | |
| 5. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е даночен обврзник во САД? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Не |
| 6. Дали некој од сопствениците на правниот субјект во својство на договорувач или корисник на осигурувањето, кој има сопственички удел поголем од 10% во земјите без IGA договор или повеќе од 25% во земјите со IGA договор е даночен обврзник во САД? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Не |
| 7. Дали правниот субјект, во својство на договорувач или корисник на осигурувањето е финансиска институција? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Не |

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 Лајф 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 пошта б) во просториите на Друштвото в) електронска пошта г) друго _____

Место и датум

Потпис на осигуреникот