

Корисник на осигурувањето:, ЕМБГ:

Трошоци платени од осигуреникот: Валута:

Се бара исплата на надомест во износ од

НАПОМЕНА: Во прилог да се достават сите докази во оригинал за направени трошоци (од болница, аеродром и сл.)

V. 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.

Во На ден

ОСИГУРЕНИК / ОШТЕТЕН