



## Пријава на штета по доброволно приватно здравствено осигурување

### 1. ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧОТ:

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ДАТУМ НА РАЃАЊЕ:
ЕМБГ/ЕДБ:	АДРЕСА:	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:	Е-АДРЕСА:	

### 2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ:

означете го полето  ако договорувачот и осигуреникот се исто лице):

ДОГОВОРУВАЧ

(пополнете доколку осигуреникот не е исто лице со договорувачот):

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ДАТУМ НА РАЃАЊЕ:
ЕМБГ/ЕДБ:	АДРЕСА:	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:	Е-АДРЕСА:	

### 3. ПОДАТОЦИ ЗА НАСТАНАТА ШТЕТА:

ДАТУМ НА ШТЕТЕН НАСТАН:	ДИЈАГНОЗА:
КРАТОК ОПИС НА СИМПТОМИТЕ:	
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА КАДЕ Е ИЗВРШЕН ПРЕГЛЕДОТ/ОПЕРАЦИЈАТА:	
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ДОКТОРОТ КОЈ ГО ВРШЕЛ ПРЕГЛЕДОТ/ОПЕРАЦИЈАТА:	

4. ДАЛИ ПРЕГЛЕДОТ БИЛ ПРЕТХОДНО НАЈАВЕН ВО ИНФО-ЗДРАВЈЕ?  ДА  НЕ

ДОКОЛУ ВИ Е ИЗВРШЕНА ОПЕРАЦИЈА ДАЛИ  
ИСТАТА БИЛА ПРЕТХОДНО НАЈАВЕНА ВО ИНФО-ЗДРАВЈЕ?  ДА  НЕ

ДАЛИ ПРЕТХОДНО СТЕ ПОСЕТИЛЕ ДОКТОР ЗА ИСТАТА ПРИЧИНА?  ДА  НЕ

### 5. ЗА КОЕ ПОКРИТИЕ ОД ДОБРОВОЛНОТО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ БАРАТЕ НАДОМЕСТОК:

- СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ
- КОМПЛЕКСНИ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТАПКИ
- ХИРУШКИ ЗАФАТИ ВО ДНЕВНА БОЛНИЦА
- АМБУЛАНТНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА
- ЛЕКОВИ
- ОПЕРАЦИЈА

6. ТРОШОЦИ ПЛАТЕНИ ОД ОСИГУРЕНИКОТ ЗА КОИ СЕ БАРА НАДОМЕСТОК:  ДЕНАРИ.

• За валидноста на податоците наведени во оваа пријава на штета, одговарам со полна морална, материјална и кривична одговорност.  
• Изјавувам дека сум согласен/а наведените личните податоци во пријавата да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани од страна на Триглав Осигурување АД, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на моето право за осигурување, во согласност со Законот за заштита на личните податоци, како и во други случаи утврдени со закон.

Во  на ден

(потпис на осигуреникот)