



Пријава за штета за специјалистичко – амбулантно лекување

1. ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧОТ:

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ДАТУМ НА РАЃАЊЕ:	
ЕМБГ:		АДРЕСА:	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:		E-MAIL:	

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ:

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

ДОГОВОРУВАЧ

(пополнете кога осигуреникот не исто лице со договорувачот):

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		ДАТУМ НА РАЃАЊЕ:	
ЕМБГ:		АДРЕСА:	
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:		E-MAIL:	

3. ПОДАТОЦИ ЗА НАСТАНАТА ШТЕТА:

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

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

ДАЛИ ПРЕТХОДНО СТЕ ПОСЕТИЛЕ ДОКТОР ЗА ИСТАТА ПРИЧИНА? ДА НЕ

5. ЗА КОЕ ПОКРИТИЕ ОД СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-АМБУЛАНТНО ЛЕКУВАЊЕ БАРАТЕ НАДОМЕСТОК:

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

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

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

Во _____ на ден _____

(потпис на осигуреникот)