



Барање за гаранција за исплата по основ на ДЗО

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: | АДРЕСА: | |
| КОНТАКТ ТЕЛЕФОН: | Е-АДРЕСА: | ПОЛИСА БР: |

3. ЗА КОЕ ПОКРИТИЕ ОД ВАШЕТО ДОБРОВОЛНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ БАРАТЕ ГАРАНЦИЈА?

- ЕДНОСТАВЕН ПРЕГЛЕД (RTG, UZ, ЕНО, КРВНА СЛИКА, БРИС И СЛ.)
- КОМПЛЕКСНА ДИЈАГНОСТИЧКА МЕТОДА (MRI, КТ ИТН.)
- ОПЕРАЦИЈА ВО ДНЕВНА БОЛНИЦА
- БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ
- ОПЕРАЦИЈА
- ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА

4. ПОДАТОЦИ ЗА ПРЕГЛЕДОТ/ИНТЕРВЕНЦИЈАТА КОЈ/А ТРЕБА ДА СЕ ИЗВРШИ:

| | |
|--|---|
| ДАТУМ И ВРЕМЕ КОГА БИ САКАЛЕ ДА БИДЕ ИЗВРШЕН ПРЕГЛЕДОТ/ИНТЕРВЕНЦИЈА: (МОЖЕТЕ ДА ВНЕСЕТЕ ПОВЕЌЕ ОД ЕДЕН ДАТУМ) | ДИЈАГНОЗА И ВИД НА ПРЕГЛЕД/ИНТЕРВЕНЦИЈА ЗА КОЈ/А СЕ БАРА ГАРАНЦИЈА: |
| КРАТОК ОПИС НА СИМПТОМИТЕ: | |
| ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА ВО КОЈА САКАТЕ ДА ГО ИЗВРШИТЕ ПРЕГЛЕДОТ/ИНТЕРВЕНЦИЈАТА: | |
| ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА КАДЕ Е ИЗВРШЕН ПРЕГЛЕДОТ/ИНТЕРВЕНЦИЈАТА: | |
| ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ДОКТОРОТ КОЈ БИ САКАЛЕ ДА ГО ИЗВРШИ ПРЕГЛЕДОТ/ИНТЕРВЕНЦИЈАТА: | |

5. ДАЛИ ПРЕТХОДНО СТЕ ПОСЕТИЛЕ ДОКТОР ЗА ИСТАТА ПРИЧИНА? ДА НЕ

- Кон барањето задолжително поднесете ја и целокупната здравствена документација со која располагате.
- 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)