Триглав Осигурување АД, Скопје
бул. 3-та Македонска Бригада бр. 36, 1000 Скопје
тел: + 389 2 / 5102 222, 5102 242

Доброволно приватно здравствено осигурување

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)