



Прашалник за здравствената состојба на осигуреникот

Вашиот договор за доброволно здравствено осигурување, покрај Општите услови за осигурување и осигурителната полиса, го сочинуваат Понудата за склучување на осигурување и Прашалникот за здравствената состојба и медицинска документација на осигуреникот, но и целата друга документација во врска со осигурувањето, како и посебни осигурителни услови, односно клаузули на полисата за осигурување, доколку е посебно договорено.

За одредување на Вашиот обем на покрите и висината на премијата за доброволно здравствено осигурување, на осигурителното друштво му се потребни точни и целосни информации за Вашата здравствена состојба. Одговорите на прашањата што Ви ги поставуваме со Прашалникот за здравствената состојба се особено значајни бидејќи без нивно познавање осигурителното друштво не може да склучи осигурување или пак би можело да го склучи само под посебни или изменети услови. Затоа, Ве молиме јасно, внимателно и прецизно да го пополните

Прашалникот за здравствената состојба. За склучување на овој вид осигурување не е потребен лекарски преглед, освен ако осигурителното друштво оцени дека прегледот е неопходен за креирање на осигурителното покрите. Составен дел од Прашалникот за здравствената состојба на осигуреникот е и Историјата на пациентот која се издава од страна на избраниот личен (матичен) лекар на осигуреникот. Минималниот период кој треба да биде опфатен со Историјата за пациент е 5 години.

Нашето осигурително друштво грижливо ќе ги чува Вашите лични податоци, особено податоците за здравствената состојба, согласно со прописите за заштита на лични податоци. Единствените лица кои имаат пристап до овие податоци се овластените лица на осигурителното друштво, коишто ги обработуваат Вашите лични податоци и останатата документација со цел утврдување на околностите за склучување и спроведување на осигурувањето и заради остварување на правата и обврските од осигурувањето или во врска со истото.

A. Податоци за идентификација на осигуреникот

БРОЈ НА ПОНУДА:	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:		
ЕМБГ:			
АДРЕСА ЗА КОНТАКТ:	ЕМАИЛ АДРЕСА:	ТЕЛЕФОНСКИ БРОЈ:	

B. Податоци за избраниот личен (матичен) лекар на осигуреникот

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ЛЕКАРОТ:	ТЕЛЕФОНСКИ БРОЈ НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:	ЕМАИЛ АДРЕСА НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:

В. Каде најчесто го вршите лекувањето?

ПЗУ:	ЈЗУ:

Г. Податоци за здравствената состојба и за навиките на осигуреникот

G.1 Обележете ги наведените полиња (ако одговорот е позитивен (да), објаснете подетално!)

1. излекуван(а) сум/боледувам од канцерозно заболување

ДАНЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

2. имам вродена состојба

ДАНЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

3. дали во моментот користите лекарства

ДА НЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

4. дали сте биле хоспитализирани од некоја причина

ДА НЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

5. дали сте имале рентгенско снимање, магнетна резонанса или компјутерска томографија од какви било причини

ДА НЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

6. дали до моментот ви е советувано или имате планирано лекување/операција

ДА НЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

7. дали сте вклучени во професија, спорт или хоби што може да се смета за опасна/опасно

ДА НЕ

Вид на професија, спорт или хоби

8. дали Ви е извршена било каква операција

ДА

НЕ

Назив или дијагноза на болеста/состојбата или повредата или

Статус
(излекувано/без симптоми, присутни симптоми, лекување/хоспитализација со рехабилитација во тек, предвидено лекување/хоспитализација/рехабилитација)

Начин на лекување (матичен лекар, специјалистичко-амбулантно лекување, хоспитализација)

Извршен оперативен зафат (каков? кога? која установа?)

Датум на последна посета кај лекар/лекување/симптоми

Назив на лекот и дозирање:

9. имам донирано/примено трансплантиран орган

ДА

НЕ

КОГА:

КОЈ ОРГАН:

10. имам диоптер

ДА

НЕ

ЛЕВО:
(ВНЕСЕТЕ ВРЕДНОСТИ +/-)

ДЕСНО:
(ВНЕСЕТЕ ВРЕДНОСТИ +/-)

Г.2 Наведете ги податоците за тежината и висината

ТЕЖИНА:

KG

ВИСИНА:

Г.3 Дали сте упатени на каква било здравствена услуга (преглед кај специјалист, дијагностички испитувања, на пр. UZ, CT, MR, EEG, EMG, RTG или некое друго дијагностичко испитување, оперативен зафат, болничко лекување или рехабилитација)?

Ако одговорот е позитивен, наведете ја услугата, датумот и причината:

Д. Изјава на осигуреникот/законскиот застапник на осигуреникот

Јас, како осигуреник / законски застапник на осигуреникот, со потпишување на Прашалникот за здравствена состојба потврдувам и изјавувам:

се согласувам

не се согласувам, осигурителното друштво:

во согласност со законите со кои се уредува заштитата на личните податоци и осигурителната дејност и согласно со условите на осигурување, да ги обработува моите (на осигуреникот) лични податоци наведени во овој прашалник, вклучително и здравствените податоци, и да ги употребува за склучување и спроведување на осигурување (утврдување на околности значајни за

склучување на доброволно здравствено осигурување заради остварување на правата и утврдување на обврските од склученото осигурување);

- за наведените цели, осигурителното друштво да врши увид, да стекнува и да ги обработува моите (на осигуреникот) лични податоци, вклучително и здравствените податоци, кај давателите на здравствени услуги кои за таа намена ги ослободувам од професионалната обврска на молчење, односно кај други лица кои располагаат со личните податоци, во земјата и во странство, и моите (на осигуреникот) лични податоци да ги откријат и достават на осигурителното друштво;

- за наведените цели, осигурителното друштво да ги открива моите (на осигуреникот) лични податоци, вклучително и здравствените податоци, и да ги доставува на давателите на здравствени услуги во земјата и во странство, согласно одредбите за заштита на личните податоци во Република Македонија.

Јас, како осигуреник / законски застапник за осигуреникот, потврдувам и изјавувам дека пред склучување на осигурувањето ги добив условите за осигурување, дека сум запознаен со исклучувањата и ограничувањата според условите на осигурување и дека осигурителното друштво, поради здравствената состојба на осигуреникот, може да одреди и дополнителни исклучувања и ограничувања на осигурувањето надвор од условите за осигурување, како и доплата на премијата за осигурување.

Изјавувам дека сум осигуреник на Фондот за здравствено осигурување на Р. С. Македонија

страна 3 од 4

Г. Изјава за согласност за обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг

☐

се согласувам

☐

не се согласувам

Моите лични податоци

e-mail:	телефон:
адреса на живеење:	

Триглав Осигурување АД, Скопје да ги користи за цели на директен маркетинг. Запознат сум дека согласноста за обработка на моите лични податоци за цели на директен маркетинг можам да ја повлечам во секое време, бесплатно, со писмено барање (доставено на следната електронска адреса: officer.lp@triglav.mk, или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.,3-та Македонска Бригада бр. 36, 1000 Скопје, со назнака “До Офицерот за заштита на лични податоци”).

ЗА ТРИГЛАВ ОСИГУРУВАЊЕ АД, СКОПЈЕ

Триглав Осигурување АД, Скопје врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на клиенти, нивните законски застапници, или полномошници во согласност со одредбите на Законот за заштита на лични податоци и другите соодветни позитивни законски прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на Триглав Осигурување АД, Скопје, а Триглав Осигурување АД, Скопје во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи совесно, законито и согласно целта за која се собрани.

ПРАВО НА ИНФОРМИРАЊЕ, ИСПРАВКА И РЕКЛАМАЦИЈА

Клиентот може да побара од Триглав Осигурување АД, Скопје да го информира за неговите права, поврзани со обработката на личните податоци, како и да ги дополни, измени, избрише, или да го сопре користењето на неговите лични податоци, ако податоците се нецелосни, неточни, или неажурирани на следната електронска адреса: officer.lp@triglav.mk, или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.,3-та Македонска Бригада“ бр. 36, 1000 Скопје, со назнака “До Офицерот за заштита на лични податоци”.

Место:	Датум:	Потпис
--------	--------	--------

Потпис на осигуреникот/законскиот застапник на осигуреникот (наведете го односот меѓу законскиот застапник и осигуреникот)

Д. Мислење на овластеното лице на осигурителното друштво

	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ		
приложена медицинска документација	ДА	НЕ	опис:
прием во осигурување	ДА	НЕ	ПРИЧИНА ЗА ОДБИВАЊЕ:
прием во осигурување - доплата	ДА	НЕ	опис:
прием во осигурување - исклучување	ДА	НЕ	опис:
мислење од лекар/ЗТ	ДА	НЕ	опис:

Забелешки:

Место:	Датум:	Потпис
--------	--------	--------