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

Доброволно приватно здравствено осигурување

Пријава на штета по доброволно приватно здравствено осигурување

1. ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧОТ:

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ/НАЗИВ:	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 НАСТАНАТАТА 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/ЛЕКУВАЊЕТО/ИНТЕРВЕНЦИЈАТА БИЛ ПРЕТХОДНО НАЈАВЕН 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 ВОНБОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ
- ☐ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ
- ☐ ПСИХИЈАТРИСКИ УСЛУГИ
- ☐ АМБУЛАНТНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА
- ☐ ЛЕКОВИ
- ☐ ОПЕРАЦИЈА ВО Р. МАКЕДОНИЈА
- ☐ ОПЕРАЦИЈА ВО СЛОВЕНИЈА
- ☐ ПРЕВОЗ СО САНИТЕТСКО ВОЗИЛО
- ☐ ГРИП И АКУТНИ ИНФЕКЦИИ НА ГОРНИ ДИШНИ ПАТИШТА
- ☐ ДРУГО

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)