

ПОДРУЖНИЦА:
Штета број:
Број на полиса:
Важност од:

**Пријава на штета од здравствено
патничко осигурување**

I. ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ :

1. Осигуреник/Оштетен:, ЕМБГ:
Место и адреса на живеење :, ЕМБС:
Е-маил:, Тел.број:

II. ПОДАТОЦИ ЗА ПАТУВАЊЕТО И ШТЕТНИОТ НАСТАН :

Датум на заминување: Датум на враќање : Превозно средство:
Датум на штетниот настан: Држава: Место:

III. ПОДАТОЦИ ЗА НАСТАНАТА ШТЕТА :

ОПИС НА БОЛЕСТА / НЕЗГОДАТА:

Краток опис на симптомите кои Ве наведоа на посета на докторот:
.....

Име и презиме на доктор/назив на здравствена установа..... Адреса

Дијагноза:

- ☐ Лекарски преглед ☐ Специјалистички преглед ☐ Лабораторија ☐ Снимање (X-ray)
☐ Престој во болница ☐ Друго

ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ПАТНИ ДОКУМЕНТИ:

- ☐ За доцнење на багажот Време на пристигнување: (датум) (час) (Аеродром)
Предаден / најден: (датум) (час) (место)
☐ За кражба на багаж Место: (датум) (час)

Пријавено : ☐ Да ☐ Не

IV. ИЗЈАВА ЗА НАСТАНУВАЊЕ НА ШТЕТА :

Детален опис на причините и околностите на настанување на штетата:
.....

Дали и на кој орган е пријавена штетата , наведете седиште ?
(Во случај да не е пријавена, да се наведат причините)
.....

Корисник на осигурувањето:, ЕМБГ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Трошоци платени од осигуреникот: Валута:

Се бара исплата на надомест во износ од

НАПОМЕНА: Во прилог да се достават сите докази во оригинал за направени трошоци (од болница, аеродром и сл.)

V. ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ:

Одобрениот износ на штета во согласност со важечките услови за осигурување да се исплати на следната трансакциска сметка:

Број :, Банка

Сопственост на

ИЗЈАВА

*Јас долупотпишаниот изјавувам дека сите податоци дадени во оваа пријава се точни и вистинити. Намерно лажно прикривање/прикажување на информации претставува кривично дело согласно позитивните законски норми и може да има за последица губење на правата од осигурување.

*Со потпишувањето на овој образец се согласувам со можноста Триглав Осигурување АД, Скопје да ги доставува сите документи и обрасци во електронска форма на е-маилот на оштетениот наведен во точка I од пријавата.

☐ да ☐ не

*Во согласност со Законот за заштита на лични податоци изјавувам дека сум согласен наведените лични податоци, да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани од страна на осигурувачот Триглав Осигурување АД, Скопје, со цел да се изврши верификација и проверка во остварувањето на неговото право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.

*Информациите за заштита на личните податоци се објавени во Политиката за приватност на веб-страницата www.triglav.mk.

Во На ден

ОСИГУРЕНИК / ОШТЕТЕН