

ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА, Скопје - Виена Иншуренс Груп
Адреса: ул. 11 Октомври бр. 25, П. факс: 27, 1000 Скопје, Република Северна Македонија
Телефон: +389 (0)2 3115 188 • Факс: +389 (0)2 3137 154 • e-mail: info@insumak.mk • www.insumak.mk

Штета Број:

Полиса број:

Траење на осигурувањето

Од:

До:

Податоци за договорувачот на осигурувањето

Назив на договорувачот:

ЕМБГ:

Адреса:

Место:

Податоци за осигуреникот-корисникот на осигурувањето

Име и презиме:

ЕМБГ:

Број на здравствена легитимација:

Адреса:

Место:

Адреса за пошта:

Место:

Е пошта:

Телефон:

Професија во момент на настан:

Вработен/а во:

Податоци за настан

Пријава за хирушка операција

Наведете кога за прв пат е препорачана хирушка операција:

Наведете во која здравствена установа е дадена препорака за хирушка операција:

Наведете дата на прием:

Дата на извршена операција:

Место на извршена операција:

Пријава за тешка болест

Наведете дата кога за првпат сте се јавиле на лекар со симптоми на болеста:

Наведете кој, каде и кога ја утврдил болеста:

Под потполна морална и материјална одговорност изјавувам и со свој потпис потврдувам, дека дадените податоци се точни, вистинити и целосни. Согласен сум секоја здравствена установа (болница, лекар, медицински персонал или други овластени лица) од кои бев прегледан или лекуван да достави податоци за мојата здравствена состојба до Македонија осигурување.

Надоместокот исплатете го на трансакциска сметка:

од банка:

Потребна документација за пријава на осигуран случај:

- комплетна медицинска документација во врска со настанатата болест или операција(оригинал на увид)
- фокопија од лична карта
- фотокопија од трансакциска сметка.

Напомена: Осигурувачот има право од Осигуреникот, Договорувачот на осигурувањето или било кое правно или физичко лице да побара дополнителна документација.

Изјава за лични податоци: Изјавувам дека сум согласен/на, а заради остварување на оштетно побарување при и од МАКЕДОНИЈА осигурување АД Скопје-Виена Иншуренс Груп, да се фотокопира мојата (означете) ☐ трансакциска сметка ☐ возачка дозвола ☐ сообраќајна книшка ☐. Согласен/на сум личната карта да ја дадам на увид на овластено лице на Друштвото, врз основ на Законот за лична карта. Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на Осигурувачот. Согласен/на сум Осигурувачот да изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а претходно одобрени од Дирекцијата за заштита на личните податоци. Запознаен/на сум дека податоците наведени погоре претставуваат деловна тајна на Друштвото согласно Законот за заштита на личните податоци и Законот за супервизија на осигурувањето и останати закони и подзаконски акти. Како субјект на лични податоци запознат сум со правото за увид, информација и исправка на личните податоци согласно ЗЗЛП. Осигуреникот, односно овластениот претставник, со овој потпис ја потврдува вистинитоста за наведените податоци во оваа пријава.

Во _____, на _____ 20____ год. Потпис на осигуреникот:

Примено на _____ 20____ год.

(печат за правно лице)

Напомена: Бараните податоци задолжително да се пополнат.