

БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ

Број на штета (пополнува Осигурувачот)

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕТО	Полиса број	Картичка број
ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИК	Име и презиме	Матичен број
	Е-пошта	Мобилен телефон
	Адреса	Место
	Трансакциска / Жиро-сметка	Банка
ПОДАТОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ	Причина за прво јавување во медицинска установа	
	Здравствена установа во која е поставена почетната дијагноза	Дата на прва посета на ЗУ
	Поставена дијагноза	
	Направени медицински услуги	
	Дали претходно постоела дијагнозата? ☐ ДА ☐ НЕ	
	*** Ако е Да, наведете дата и препишана терапија	
	Вкупен износ на трошоци за медицински услуги (ден.)	
ЗАШТИТА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ	Се согласувам Осигурувачот да ги користи моите лични податоци. Согласноста се дава заради исполнување на обврската на Осигурувачот предвидена во член 17 од Правилникот за минимални барања за прием, обработка, резервација и исплата на барање за надомест на штета и/или осигурен износ во функција на подобра заштита на правата на осигурениците на Агенцијата за супервизија на осигурување.	
	Согласен сум осигурувачот да задржи копија од:	☐ Трансакциска сметка

Место и датум на поднесување:

За осигурувач (потпис)