

БАРАЊЕ ЗА ПРЕДАВТОРИЗАЦИЈА НА МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН

Број на штета (пополнува Осигурувачот)

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕТО	Полиса број	Картичка број
ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ	Име и презиме	Матичен број
	Е-пошта	Мобилен телефон
	Адреса	Место
ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА (КОЈА ГО ПОДНЕСУВА БАРАЊЕТО)	Назив	Матичен број
	Адреса	Место
	Е-пошта	Телефон
	Жиро сметка	
ПОДАТОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИОТ ТРЕТМАН	Дата на настанување на болест/несреќа	Причина за медицински третман ☐ несреќен случај ☐ болест
	Дијагноза	
	Процедура и опис на третманот	
	Планирана дата	Вкупен планиран трошок (ден.)

Ова барање ќе биде доставено до осигурувачот најдоцна 14 дена пред планираната операција, на е-пошта zdravstveno@insumak.mk
НАПОМЕНА: Неподнесувањето на овој образец може да предизвика трајни трошоци за осигуреникот

ПОПОЛНУВА ОСИГУРУВАЧОТ	Процена на осигурувачот	Вкупно одобрени трошоци (ден.)
	Договорена франшиза	Забелешка
	Авторизација	
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)