

БАРАЊЕ ЗА ЗАКАЖУВАЊЕ НА ПРЕГЛЕД И ПОКРИВАЊЕ НА ТРОШОЦИ

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

Со потпишување на ова барање, изјавувам дека горенаведените податоци се веродостојни и ви стинити. Го овластувам секој лекар и здравствена установа да може овие информации да ги проследи до МАКЕДОНИЈА осигурување, како би можело да ми се надоместат трошоците. Во спротивно, трошоците ќе ги надоместам лично.

ЗАКАЖУВАЊЕ НА ТРЕТМАН	Здравствена установа	Матичен број
	Вид на преглед	Дата и час
	Опис	

ТРОШОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ	Дата	Опис на медицински третман	Износ
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		Вкупен износ	
		Попуст	
		Франшиза	
		Вкупен износ на медицински услуги	

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)