

## Пријава за штета по доброволно приватно здравствено осигурување

Број на штета \_\_\_\_\_

Број на полиса \_\_\_\_\_

<b>ПОДНОСИТЕЛ НА ПРИЈАВА</b>	
Име и презиме	Матичен број
Адреса	
Контакт телефон	e-mail:
<input type="checkbox"/> Договорувач на осигурување <input type="checkbox"/> Осигуреник <input type="checkbox"/> Оштетен	<input type="checkbox"/> Пријавувач <input type="checkbox"/> Адвокат <input type="checkbox"/> Старател или застапник
<input type="checkbox"/> Агент/посредник <input type="checkbox"/> Друго	
<b>ОПШТИ ПОДАТОЦИ НА ОШТЕТЕНИОТ</b>	
Име и презиме	
Матичен број	
Адреса контакт телефон	
Назив и адреса на организацијата каде се лекувал	
Вродени маани и хронични болести	
Во случај осигуреникот претходно да добил надомест по ДПЗО да се наведе кога и по кој основ	
Дали сте се јавиле на нашиот асистентски центар (телефонски, електр. пошта или лично) или со упат за специјалистичко-амбулантно лекување ?	
<b>ШТЕТЕН НАСТАН - ОПШТИ ПОДАТОЦИ</b>	
<b>Пријава за специјалистичко-амбулантно лекување – да се одбере едно или повеќе од подоленаведените :</b>	
<input type="checkbox"/> Специјалистичко лекување – да се наведе за каков преглед, дијагностичка анализа или постапка, се работи:	
<input type="checkbox"/> Хируршки зафат во дневна болница	<input type="checkbox"/> Бременост и породување
<input type="checkbox"/> Амбулантна рехабилитација (физикална терапија)	<input type="checkbox"/> Хронична болест
<input type="checkbox"/> Трошоци за лекови	<input type="checkbox"/> Психијатриска услуга
<input type="checkbox"/> Болничко лекување	<input type="checkbox"/> Превентивен преглед
<input type="checkbox"/> Рамки за очила и леќи	<input type="checkbox"/> Останато
<input type="checkbox"/> Ковид тест	
<b>Стоматолошка асистенција – да се наведе за каква ургентна состојба се работи и каква услуга е извршена:</b>	
<b>Пријава за тешка болест</b>	<b>Пријава за операција</b>

## Пријава за штета по доброволно приватно здравствено осигурување

Да се наведе датумот кога осигуреникот првпат се јавил на лекар со симптоми на болеста. Кој, кога и каде ја има утврдено дијагнозата на пријавената тешка болест <input style="width: 100%;" type="text"/>	Да се наведе датумот кога за прв пат е препорачано извршувањето на операцијата која се пријавува <input style="width: 100%;" type="text"/>
Да се препише дијагнозата на тешката болест од здравствената документација која се приложува со оваа пријава <input style="width: 100%;" type="text"/>	Точно име и вид на извршената операција и датум на операција ( да се препише од отпусната листа) <input style="width: 100%;" type="text"/>
Дали осигуреникот во врска со наведената тешка болест е лечен/ се лечи болнички или амбулантски <input style="width: 100%;" type="text"/>	Име и адреса на болницата каде е извршена операцијата <input style="width: 100%;" type="text"/>
Баран износ на штета <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ</b>	
Име и презиме	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Матичен број	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Адреса, контакт телефон, e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧ НА ОСИГУРУВАЊЕТО</b>	
Назив/Име и презиме	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Матичен број	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Адреса, контакт телефон, e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>СО БАРАЊЕТО ГИ ПРИЛОЖУВАМ СЛЕДНИВЕ ДОКУМЕНТИ - ДОКАЗИ</b>	
<input type="checkbox"/> Медицинска документација	<input type="checkbox"/> Полиса
<input type="checkbox"/> Фискална сметка	<input type="checkbox"/> Трансакциска сметка
Останато _____.	
Изјавувам дека на сите прашања одговорив точно и потполно, како и дека не постојат никакви материјални факти што ми биле познати, а не сум ги пријавил. Истотака со својот потпис на овој формулар го овластувам секој лекар како и здравствената установа која сум ја консултирал или во која сум бил лечен, по барање на лекар од Сава осигурување, да ги дадат сите информации кои се однесуваат на мојата претходна и сегашна здравствена состојба.	
Потврдата за прием на известување за приватност на оштетени лица при пријава и исплата на штета е составен дел од пријавата на штета.	
Во _____ на _____ год.	_____ Своерачен потпис (печат за правни лица)