

Пријава за штета по доброволно приватно здравствено осигурување

Број на штета _____

Број на полиса _____

ПОДНОСИТЕЛ НА ПРИЈАВА	
Име и презиме	Матичен број
Адреса	
Контакт телефон	e-mail:
☐ Договорувач на осигурување ☐ Осигуреник ☐ Оштетен ☐ Лице кое дава лизинг на оштетениот ☐ Овластен пријавувач	☐ Возач-управувач на предметот ☐ Пријавувач ☐ Адвокат ☐ Реосигурувач ☐ Агенција за штети ☐ Старател или застапник
☐ Агент/посредник ☐ Изведувач ☐ Старател или застапник ☐ Соосигурувач ☐ Винкулант ☐ Друго	
ОПШТИ ПОДАТОЦИ НА ОШТЕТЕНИОТ	
Име и презиме	
Матичен број	
Адреса	
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 лекување ?	
ШТЕТЕН НАСТАН- ОПШТИ ПОДАТОЦИ	
Пријава за тешка болест	Пријава за хируршка интервенција (операција)
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	Да се наведе датумот кога за прв пат е препорачано извршувањето на операцијата која се пријавува
Да се препише дијагнозата на тешката болест од здравствената документација која се приложува со оваа пријава	Точно име и вид на извршената операција и датум на операција (да се препише од отпусната листа)

Пријава за штета по доброволно приватно здравствено осигурување

Дали осигуреникот во врска со наведената тешка болест е лечен/ се лечи болнички или амбулантски 	Име и адреса на болницата каде е извршена операцијата
Баран износ на штета	Баран износ на штета
ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ	
Име и презиме	
Матичен број	
Адреса, контакт телефон, e-mail	
ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧ НА ОСИГУРУВАЊЕТО	
Назив/Име и презиме	
Матичен број	
Адреса, контакт телефон, e-mail	
СО БАРАЊЕТО ГИ ПРИЛОЖУВАМ СЛЕДНИВЕ ДОКУМЕНТИ-ДОКАЗИ	
☐ Медицинска документација	☐ Полиса
☐ Полномошно	☐ 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)	