

Пријава на штета

По дополнително здравствено осигурување

по полиса бр. _____

Штета бр: _____

Напомена: неопходно е да се пополнат сите податоци од пријавата

ПОДНОСИТЕЛ НА ПРИЈАВА	
Име и Презиме/ назив на пријавувачот	
ЕМБГ/ЕДБ	
Улица	Град
Контакт телефон	емаил
Улога на пријавувачот (обележи квадратче)	
<input type="checkbox"/> Договорувач при осигурување	<input type="checkbox"/> Агент посредник
<input type="checkbox"/> Осигуреник	<input type="checkbox"/> Агенција за штети
<input type="checkbox"/> Оштетен	<input type="checkbox"/> Пријавувач
<input type="checkbox"/> Овластен	<input type="checkbox"/> Старател или застапник
<input type="checkbox"/> Адвокат	<input type="checkbox"/> Корисник на осигурување
ОПШТИ ПОДАТОЦИ НА ОШТЕТЕНИОТ	
Име и презиме	
Матичен број	
Адреса, телефон и место на живеење	
Назив и адреса на организацијата во која работи осигуреникот	
Занимање на осигуреникот во моментот на утврдување на дијагнозата на тешката болест/ извршување на хируршката интервенција	
Број на здравствената книшка, име и адреса на здравствената установа каде осигуреникот се лекува	
Во случај осигуреникот претходно да добил надомест по ДЗО, да се наведе кога и по кој основ	
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 (да се препише од отпусната листа)
Кај хронично заболување на бубрези, црн дроб или бели дробови да се наведе од кога осигуреникот боледува од хроничното заболување, како и кој и кога го утврдил стадиумот на хроничното заболување кое е покриено со осигурувањето	Да се наведе датумот на прием во болница и датум на извршување на операцијата
Дали осигуреникот во врска со наведената тешка болест е лечен/ се лечи болнички или амбулантски	Име и адреса на болницата каде е извршена операцијата

Пријава на штета
По дополнително здравствено осигурување

по полиса бр. _____

Баран износ на штета	Баран износ на штета		
ОПШТИ ПОДАТОЦИ НА ОСИГУРЕНИКОТ			
Име и презиме			
Матичен број			
Адреса и телефон и место на живеење			
ПОДАТОЦИ ЗА ДОГОВОРУВАЧОТ НА ОСИГУРУВАЊЕ			
Договорувач на осигурување			
Адреса (место,улица,број)			
Полиса			
Траење на осигурување			
ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО			
Име и презиме на корисникот			
Матичен број			
Адреса на живеење			
ВО БАРАЊЕТО ГИ ПРИЛОЖУВАМ СЛЕДНИВЕ ДОКУМЕНТИ – ДОКАЗИ			
Медицинска документација	<input type="checkbox"/>	Полиса	<input type="checkbox"/>
Полномошно	<input type="checkbox"/>	Трансакциона сметка	<input type="checkbox"/>

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- Скопје, да ги дадат сите информации кои се однесуваат на мојата претходна и сегашна здравствена состојба.

Согласно чл. 9 став 1 од Закон за заштита на лични податоци (Сл. Весник на РМ бр. 7/05 и 103/08) изјавувам дека сум согласен личните податоци наведени во пријавата, од страна на Сава осигурување а.д. Скопје да бидат употребени, обработени, регистрирани и зачувани, со цел да се изврши верификација и проверка во остварување на моето право од осигурување, како и во други случаи утврдени со закон.

Во _____ датум _____

Своерачен потпис

Пријава на штета
По дополнително здравствено осигурување
по полиса бр.

Потврда на правното лице на осигуреникот за колективно осигурување

Се потврдува дека _____, наведен во пријавата како осигуреник е во работен однос кај ова претпријатие-организација на:

1. Одредено време
2. Неодредено време (да се заокружи)

почнувајќи од _____ год., како и дека на денот на случувањето на несреќниот случај, односно _____ год. бил осигуран врз основа на договор за _____ по полиса бр. _____ важечка за период од _____ до _____.

По наведениот договор, премијата е платена во целосен износ од _____ ден. на ден _____, односно се плаќа на _____ рати, со тоа што до моментот на оваа заверка платени се _____ рати во износ од _____ ден.

Во _____ на ден _____

ПОТПИС НА ОВЛАСТЕНО ЛИЦЕ И ПЕЧАТ