

Број на полиса		
	Број на полиса (да се наведе задолжително)	Број на штета
Осигуреник / корисник		
	Име и презиме на осигуреникот	ЕМБГ на осигуреникот
	Име и презиме на корисникот	ЕМБГ на корисникот
	Адреса: место, улица и број	Телефонски број
	Број на трансакциска сметка	
Општи податоци за Несреќата (ве молиме, наведете точни и детални податоци)		
	Време на лекарскиот третман	Место и држава на лекарскиот третман
	Опис на причината за лекарскиот третман	

Се бара надомест за (означете со X)

- | | |
|---|---|
| ☐ Трошоци за лекување во странство | ☐ Трошоци за репатријација |
| ☐ Надомест за лични несреќни случаи | ☐ Друга помош при патување и осигурување |
| ☐ Враќање на деца | ☐ Осигурување на багаж и/или замена на патни документи |
| ☐ Порано враќање на осигуреник во Република Македонија поради болест или смрт на блиско лице | |

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Дали осигуреникот претходно боледувал од болеста поради која се обратил на лекар | ☐ Да | ☐ Не |
| Дали несреќниот случај е потврден во полиција? (доколку тој е причина за лекарскиот третман) | ☐ Да | ☐ Не |
| Дали осигуреникот учествувал во некое криминално дејствие поради кое настанале последиците за потреба од лекарски третман? | ☐ Да | ☐ Не |
| Дали лекарскиот третман е пријавен во СИГАЛ? | ☐ Да | ☐ Не |

Потребни документи за пријава на штета:

- Медицинска документација (специјалистички извештај) од денот на прегледот
- Фотокопија од патна исправа со влезни и излезни печати
- Фотокопија од патна исправа или лична карта на корисникот (доколку осигуреникот е малолетно лице)
- Фотокопија од трансакциска сметка
- Доказ дека трошоците за лекување се платени од страна на осигуреникот (фискална сметка, сметкопотврда, печат)

Изјавувам дека се сложувам медицинските лица, болниците каде што е извршен лекарскиот третман како и овластените лица од СИГАЛ Скопје, да ги користат во свои цели медицинските извештаи, сметкопотврдите и останатите докази поврзани со лекарскиот третман, а со цел за утврдување на вистинитоста на настанот и мојата пријава.

Изјавувам дека се сложувам Осигурувачот – СИГАЛ – при постапката на решавање на отштетно побарување, доколку оцени за потребно, да има право на увид во целокупната документација и да прибира информации од трети лица за моменталната и мината здравствена состојба на Осигуреникот (здравствен картон, извештаи од специјалистички ординации, картони – историја на болести во болнички установи и слично).

Изјавувам дека наведените податоци се вистинити и точни.

Датум и место на пријавување

Потпис и полно име и презиме