

Број на полиса
Policy no.

Број на штета / Claim no.

Број на полиса / Policy no.

Број на картичка / MedUNIQA card no.

Договорувач на
осигурувањето
Insurance contractor

Име и презиме – назив на правното лице / Name ad surname – Company name

Телефонски број / Phone number

Поштенски број / Post code

Адреса: место, улица и број / Address: place, street and street no.

Осигуреник

Име и презиме / Name and surname

Матичен број / Personal no.

Поштенски број / Post code

Адреса: место, улица и број / Address: place, street and street no.

Занимање во моментот на настанување на осигурениот случај /
Profession (In the moment of the insured event occurrence)

Во која организација сте вработени
In which organization are you employed

Кои работи ги извршувате во таа организација (точен опис на работното место) /
What are your work responsibilities (accurate job description)

E- mail

Телефонски број / Phone number

Податоци за осигурениот случај (Insured case data)

Датум на настанување на осигурениот случај:
Date of the insured event:

Во која здравствена установа сте се лекувале поради овој осигуран случај?
Name of the health care institution where you have been treated?

Ве молиме наведете ја причината за настанок на осигуреникот случај?
Please give details about the reason of the treatment?

Ве молиме наведете ја дијагнозата:
Please specify the diagnosis:

Вкупен износ на трошоците:
Total amount of the costs:

Изјавувам дека се сложувам медицинските лица, болниците каде што е извршен лекарскиот третман како и овластените лица од СИГАЛ, 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.

I declare that I agree the medical staff, the hospitals where the medical treatment was performed, as well as the authorized persons from SIGAL, can use the medical reports and other evidence related to the treatment, in its own goals, in order to determine the veracity of the event and my report.

I declare that I agree SIGAL to collect all the necessary documentation and information from third parties concerning any present or previous condition during the process of claim settlement (health record, specialist reports, hospital treatments etc).

I declare that I answered all questions truthfully.

Во / In _____, на ден / on date _____ година / year.

Штетата да се исплати на сметка:

Број на трансакциска сметка:

Bank account no. _____

Назив на банка:

Bank name: _____

Потпис на осигуреникот / корисникот на осигурувањето
Signature of the insured / insurance beneficiary

1. Работникот _____ вработен кај работодавачот
The employee _____ is in contract with the employer
- Непрекинато од _____ година.
continuously since _____ year.
- Работна позиција на осигуреникот: _____
Working position of the insured: _____
2. Осигуран/а е со следнава полиса за Доброволно здравствено осигурување: _____
He/she is insured with the following Private Health Insurance policy: _____
3. Последната месечна премија платена до денот на настанување на осигурениот случај: _____
Last monthly premium paid till the date of insured case: _____
- во износ од _____ денари, односно за сите осигурани членови во вкупен износ од _____ денари.
in amount of _____ denars, ie for all insured members with a total amount of _____ denars.
4. До денот на пријавата на осигурениот случај не дал/а изјава дека не сака да биде осигурен/а.
Until the date of the insured's case, he/she did not make a statement that he/she did not want to be insured.
5. Точноста и вистинитоста на наведените податоци ги потврдува Договорувачот на осигурувањето:
The accuracy and validity of the data is confirmed by the Insurance contractor:
- Во _____, на ден _____ година.
In _____, on date _____ year.

Потпис и печат на договорувачот на осигурувањето
Signature and stamp of the Insurance contractor

Потребни документи:

1. Образец – пријава на осигуран случај
2. Медицински извештај со наведена дијагноза
3. Препишани рецепти за лекови / помагала од страна на овластен лекар
4. Оригинална фискална сметка / фактура за извршените медицински услуги
5. Фотокопија од MedCare картичка
6. Фотокопија од лична карта
7. Фотокопија од денарската тековна сметка на осигуреникот – корисникот на осигурувањето

Required documents:

1. The form, Application / Report for insured event
2. Medical report with a specified diagnosis
3. Prescription for medicines / medical devices recommended by an authorized physician
4. Original receipt for medical services / invoice for performed medical services
5. Photocopy of MedCare card
6. Photocopy of ID card
7. Photocopy of Bank account

Напомена: Осигурувачот има право од Осигуреникот, Договорувачот на осигурувањето или било кои друго правно или физичко лице да побара дополнителни информации.
Note: The insurer keeps his rights to ask additional information from the insured, the policyholder of any other person or entity.