

# Барање за гаранција ДОБРОВОЛНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ



ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ А.Д. Скопје – Ул. Мајка Тереза бр. 1, влез 2  
Скопје, Р. С. Македонија Р.С. 1000  
ЕДБ – 4030007634049

## Број на полиса за осигурување

## Податоци за договорувачот

Име и презиме / Скратен назив на правно лице

За кое прокритие од доброволно  
приватно здравствено осигурување  
се бара надоместок

1. специјалистичко вонболничко лекување
2. специјалистичко болничко лекување
3. психијатриски услуги
4. амбулатна рехабилитација
5. операција во Р.С. Македонија
6. операција во странство
7. превоз со санитарско возило
8. грип и акутни инфекции на горни дишни патишта
9. лекови
10. стоматолошки услуги
11. офталмологија
12. бременост и породување
13. друго

### НАПОМЕНА

По добивање на медицинската документација доколку се утврди дека прибавените податоци не соодветствуваат со податоците наведени во ова барање, исплатените средства по издадена гаранција ќе бидат предмет на побарување од осигуреникот.

## Податоци за прегледот / интервенцијата

Податоци за прегледот / интервенција која треба да се изврши

Датум на преглед/интервенција

Дијагноза и вид на преглед

Краток опис на симптомите

Здравствена установа за вршење на прегледот/интервенцијата: \_\_\_\_\_

Дали претходно се извршиле преглед кај доктор поради иста причина  ДА  НЕ

\*доколку одговорите со Да ве молиме појаснете за каков преглед се работи

### Прашалник

Ве молиме задолжително да ги пополните доленаведените прашања

Дали наведената дијагноза од точка 3 соодветствува со прегледот за кој се бара гаранција или ќе биде извршен дополнителен преглед надвор од предметното барање  ДА  НЕ

Дали прегледот е како резултат на пандемија/епидемија или состојба поврзана со истото  ДА  НЕ

## Податоци за осигуреникот корисникот на осигурувањето

Име и презиме / Скратен назив на правно лице

ЕМБГ / МБ за правни лица

Адреса

Телефон / е-маил

Дали претходно сте имале ДПЗО, и во кое Друштво?

Наведете период од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_.

Кога за прв пат сте примени во ДПЗО на Халк Осигурување?

## Согласност за обработка на лични податоци:

Согласно одредбите од Законот за заштита на личните податоци („Службен Весник на Република Северна Македонија“ бр.42/2020) во својство на барател/оштетен/странка, долупотпишаниот/ната, изјавувам дека сум согласен/на моите лични податоци вклучувајќи ги 1. име 2. презиме 3. ЕМБГ 4. адреса на електронска пошта 5. адреса на живеење/престојување 6. телефонски број 7. трансакциска сметка во деловна банка, 8. медицинска документација и другите податоци што може да се категоризираат како посебна категорија на лични податоци:

· да бидат обработувани од страна на осигурувачот заради остварување на целите на решавање на отштетното побарување и заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни или во други законски постапки;

· да бидат предмет на трансфер од страна на осигурувачот надвор от територијата на Р. Северна Македонија, во други држави кои се дел од Европската Унија и Европскиот економски простор по претходно известување до АЗЛП и во во држави што не се членки на ЕУ и Европскиот економски простор по претходно одобрение од страна на АЗЛП.

Јас, долупотпишаниот/ната, изјавувам дека сум запознат со правото на транспарентност на обработката, право на пристап до личните податоци, право на исправка и бришење на личните податоци, право на ограничување на обработката, правото на приговор, правото да не бидам предмет на автоматско донесување на одлуки (вклучувајќи и профилирање), правото да поведам судска или административна постапка или барање до АЗЛП, за заштита на моите лични податоци како и право на преносливост и автоматизирано донесување на одлуки, право на преносливост на податоците на други контролори, обработувачи или корисници на лични податоци како и на други заинтересирани трети лица а посебно на:

1. сопствениците на капиталот на Контролорот и

2. деловните соработници на Контролорот

Запознат сум со правото да ја повлечам оваа согласност во секое време и дека истото нема да влијае врз законитоста на обработката заснована на дадената согласност пред нејзиното давање. Контролорот ме информираше за сите аспекти за обработката на личните податоци и дека давањето на оваа Согласност не влијае врз извршувањето на правата и обврските кои произлегуваат од моите односи со Контролорот.

За валидноста на податоците наведени во оваа пријава на штета одговарам под полна, морална, материјална и кривична одговорност.

## Согласност за фотокопија, увид и прибавување на лични документи

Јас, долупотпишаниот/ната во својство на барател/оштетен/странка, заради потврдување на веродостојноста на податоците нотирани во оваа Пријава за штета, како и заради евентуална заштита на правата на осигурувачот во судски, во управни и во други постапки определени со закон, а врз основа на законските обврски на осигурувачот, изјавувам дека сум согласен:

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка ●

- осигурувачот да направи и да задржи копија од мојата медицинска документација како и да направи увид во целокупната медицинска документација и да прибира информации за мојата моментална и мината здравствена состојба од здравствени установи (здравствен картон, историја на болест, специјалистички извештаи и сл.) и осигурителни друштва. ●

- на осигурувачот да му биде доставена комплетна медицинска документација и резултатите од спроведената лабораториска анализа од надлежна здравствена организација ●

- други документи \_\_\_\_\_ ●

Оштетен / Барател

Во \_\_\_\_\_, ден \_\_\_\_\_