

# Пријава за надомест на штета 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 штета

## 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

## Податоци за осигуреникот корисникот на осигурувањето

Име и презиме

ЕМБГ

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?

## Податоци за настанатата штета

Датум на штетен настан

Дијагноза

Краток опис на симптомите

Кога прв пат е констатирана болеста

Дали имате пријавено претходно штета по истата полиса?  ДА  НЕ

\*ако одговорите со ДА појаснете

Здравствена установа каде е извршен прегледот/операцијата

Дали е пополнет прашалник при прием во осигурување?  ДА  НЕ

Дали прегледот претходно е пријавен во асистентската куќа?  ДА  НЕ

\*ако одговорот е да доставете примерок од комуникацијата

Трошоци платени од осигуреникот за кој се бара надомест:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Вкупен износ од \_\_\_\_\_ денари

Број на сметка

Банка

## 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 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.

- други документи \_\_\_\_\_

Оштетен / Барател

Во \_\_\_\_\_, ден \_\_\_\_\_