

Образец за пријава на штета

А. ИНФОРМАЦИИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ/ДОГОВОРУВАЧОТ <small>(***формуларот се потполнува со печатни букви)</small>					
Име и презиме:			Работодавач:		
Број на полиса:			ЕМБГ:		
Адреса:		Телефонски број:		Е-адреса:	
Дата на раѓање:		Пол:		Брачен статус:	
Б. ИНФОРМАЦИИ ЗА ОТШТЕТНОТО БАРАЊЕ					
Прва дата на настанување на болеста, повредата, или состојбата (ММ/ДД/ГГ):					
Лекарска дијагноза поставена при извршениот преглед:					
Опишете ги детално (со дати) претходните лекувања во врска со оваа состојба (на пр. лекарства, консултации, операции, престој во болница):					
Дали осигуреникот/договорувачот има некоја претходна хронична болест?				Да	Не
Доколку е претходниот одговор да, опишете која е претходната хронична болест:					
Дали болеста или повредата настанала поради:			Дали пациентот има дополнително осигурување:		
а. професијата на пациентот:	Да	Не	а. друго здравствено осигурување:	Да	Не
б. сообраќајна незгода:	Да	Не	б. друга здравствена заштита:	Да	Не
ц. незгода:	Да	Не	ц. осигурување од авто-одговорност:	Да	Не
Ако е претходниот одговор да, наведете детали за болеста или повредата, вклучително со датата на незгодата:					
В. ИНФОРМАЦИИ ЗА ЛЕКАРОТ					
Име и презиме на лекарот:					
Адреса:					
Телефонски број:			Е-адреса:		
Г. ДЕТАЛЕН ОПИС НА СПРОВЕДЕНОТО ЛЕКУВАЊЕ, ПРЕПИШАНИТЕ ЛЕКОВИ И ТРОШОЦИТЕ ЗА ЛЕКУВАЊЕ					
Дата (ММ/ДД/ГГ):	Поединечен опис на услугите и препишан лек			Цена	Валута

ЕУРОЛИНК Осигурување АД – Скопје ул. Никола Кљусев бр.2,1000 Скопје, Република Македонија, тел.(02) 32 89 301, факс (02) 32 31 625, емаил: eurolink@eurolink.com.mk, www.eurolink.com.mk

Подружници: Битола (047) 242 925, Охрид (046) 265 588, Штип (032) 384 151, Гевгелија (034) 213 474, Струмица (034) 340 629, Кавадарци (043) 420 862, Гостивар (042) 221 771, Прилеп (048) 420 071, Кочани (033) 270 082, Куманово (031) 439 560, Тетово (044) 353 270, Велес (043) 211 620

Канцеларии: Скопје-Тафталици (02) 3091 203, Скопје-Карпош (02) 30 90 698, Скопје - Кисела Вода (02) 32 32 245, Скопје Капиштец (02) 32 31 325, Неготино (043) 371 535, Демир Хисар (047) 275 024, Струга (046) 786 026, Ресен (047) 455 666, Кичево (045) 224 730, Валандово (034) 383 683, Виница (033) 360 310, Македонски Брод (045) 274 230, Делчево (033) 410 330, Богданци (034) 221 091, Крива Паланка (031) 377 411, Крушево (048) 476 157



Вкупен износ што пациентот го платил:			
Вкупен остаток што треба да се плати на здравствената установа:			
Д. ИНФОРМАЦИИ ВО ВРСКА СО ПЛАЌАЊЕТО			
Број на трансакциона сметка на осигуреникот/договорувачот:			
<p>ВАЖНА НАПОМЕНА: Лицето кое со знаење пополнува изјава за Отштетно барање што содржи какво било погрешно толкување, или лажни, непотполни информации или дезинформации, може да одговара за кривично дело што се казнува со закон и може да подлежи на парична казна.</p>			
<p>Јас осигуреникот/договорувач _____ под потполна морална материјална и кривична одговорност, изјавувам дека горенаведените одговори и факти се вистинити и точни, според сите мои сознанија. Го овластувам мојот матичен лекар или било кој друг лекар кој што ме има лекувано, здравствена установа, аптека, осигурително друштво, работодавач, синдикат или здружение да даде информација во врска со мојата здравствена состојба и претходни лекувања.</p>			
Потпис _____		Дата _____	

