



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 штедна или тековна сметка

Депонент банка

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 РС 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 ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола?

Да

Не

#### Потребни документи за пријава на штета:

- Медицинска документација (специјалистички извештај) од денот на повредата
- 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 трансакциона 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 ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, 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 ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола 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.

Потпис и полно име и презиме

Во \_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ год.



Пополнува субјектот на лични податоци

Во согласност со Законот за заштита на личните податоци ја давам следната:

## ИЗЈАВА

за согласност на обработка на лични податоци и чување фотокопии од лична документација

Јас долупотпишаниот,

Име и презиме

Согласен сум Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, моите лични податоци да ги обработува согласно, Законот за заштита на лични податоци и позитивните законски прописи и интерни акти на, Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, а особено да ги регистрира, обработува и ажурира моите податоци за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, да врши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или другите држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно добиено одбрение на Дирекцијата за заштита на лични податоци. Наведените податоци се деловна тајна согласно Законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите важечки законски прописи. Доколку штетата не е пријавена директно од оштетеното лице, пријавителот изјавува дека е согласен да го извести оштетениот за размената и начинот на обработка на личните податоци на оштетениот согласно оваа изјава. Изречно изјавувам дека сум запознаен со правото на увид и имам информација во врска со обработка и исправка на моите лични податоци. Изречно сум согласен за потребите на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, заради евентуална заштита на правата на Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола, во судски, управни постапки или други постапки определени со закон, да направи и да задржи копија од мојата лична карта, да направи и да задржи копија од мојата трансакциска сметка и друг личен документ. Изјавата ја давам под полна морална материјална и кривична одговорност не присилуван од никого. Изјавувам дека сум согласен/а за истите цели Друштвото за осигурување ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД Битола да направи и чува фотокопии од моите лични документи и тоа:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> лична карта / пасош | <input type="checkbox"/> трансакциона сметка                                 |
| <input type="checkbox"/> возачка дозвола     | <input type="checkbox"/> медицинска документација                            |
| <input type="checkbox"/> сообраќајна дозвола | <input type="checkbox"/> извод од матична книга на родени / умрени / венчани |

Согласен сум целата комуникација и достава на документација да се одвива преку следната Е-mail адреса:

Лицето кое го пополнува овој образец со свој потпис ја потврдува вистинитоста на наведените податоци во него.

Датум

Место

Потпис