

Пријава број

## ПРИЈАВА ЗА ШТЕТА ОД ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО

Полиса	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Број на полиса	Број на штета

Осигуреник / Корисник	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Име и презиме на осигуреникот	ЕМБГ на осигуреникот
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Име и презиме на корисникот	ЕМБГ на корисникот
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Адреса	Телефон за контакт

Општи податоци за болеста / незгодата	СЕ БАРА НАДОМЕСТ ЗА (означете со X)	
	<input type="checkbox"/> Трошоци за лекување во странство	<input type="checkbox"/> Трошоци за репатријација
	<input type="checkbox"/> Надомест за лични несреќни случаи	<input type="checkbox"/> Друга помош при патување и осигурување (чл.13 од Условите за ПО)
	<input type="checkbox"/> Враќање на деца	<input type="checkbox"/> Осигурување на багаж и/или замена на патни документи
	<input type="checkbox"/> Порано враќање на осигуреникот во Република Македонија поради болест или смрт на блиско лице	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Време на лекарски третман (датум и час)	Место на лекарски третман

Опис на причината за лекарскиот третман

Дали осигуреникот претходно боледувал од болеста поради која се обратил на лекар?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали несреќниот случај е потврден од полиција? (доколку тој е причина за лекарски третман )	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали осигуреникот учествувал во некакво криминално дејствие поради кое настанале последиците за потреба од лекарски третман?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Дали лекарскиот третман е пријавен во КОРИС Центарот во земјата во странство или УНИКА ад Скопје:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Датум на пријавување	Место на пријавување

### Потребни документи за рефундација на трошоци за лекување

1. Медицинска документација (специјалистички извештај) од денот на преглед
2. Фотокопија од пасош ( влезни и излезни печати )
3. Фотокопија од транскациска сметка на осигуреникот
4. 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 УНИКА АД Скопје, да ги користат во свои цели медицинските извештаи, сметкопотврдите и останатите докази поврзани со лекарскиот третман, а се со цел за утврдување на вистинитоста на настанот и мојата пријава. Согласен/на сум моите лични податоци наведени во овој документ да бидат регистрирани, обработувани, ажурирани за потребите на УНИКА АД Скопје, како и да се изврши пренос на моите лични податоци во други држави кои се членки на ЕУ или други држави кои не се членки на ЕУ, а по претходно одобрение од Дирекцијата за заштита на личните податоци. Запознат/а сум дека наведените податоци претставуваат деловна тајна согласно законот за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурувањето и другите законски и подзаконски акти.

Изјавувам дека наведените податоци се точни.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Датум и место на пријавување	Потпис и полно име и презиме