



Друштво за осигурување UNIQA АД Скопје
бул. Илинден бр.1, 1000 Скопје
тел. (02) 32 88 800, факс (02) 32 15 128
E-mail: uniquestet@uniqa.mk, Интернет: www.uniqa.mk

MedUNIQA

Пријава на осигуран случај
Report for insured event

ПРИЈАВА

Број на полиса
Policy no.

Број на штета / Claim no.

Број на полиса / Policy no.

Број на картичка / MedUNIQA card no.

Договорувач на
осигурувањето
Insurance contractor

Име и презиме – назив на правното лице / Name ad surname – Company name

Телефонски број / Phone number

Поштенски број / Post code

Адреса: место, улица и број / Address: place, street and street no.

Осигуреник

Име и презиме / Name and surname

Матичен број / Personal no.

Поштенски број / Post code

Адреса: место, улица и број / Address: place, street and street no.

Занимање во моментот на настанување на осигурениот случај /
Profession (In the moment of the insured event occurrence)

Во која организација сте вработени
In which organization are you employed

Кои работи ги извршувате во таа организација (точен опис на работното место) /
What are your work responsibilities (accurate job description)

E- mail

Телефонски број / Phone number

Податоци за осигурениот случај (Insured case data)

Датум на настанување на осигурениот случај:
Date of the insured event:

Во која здравствена установа сте се лекувале поради овој осигуран случај?
Name of the health care institution where you have been treated?

Ве молиме наведете ја причината за настанок на осигуреникот случај?
Please give details about the reason of the treatment?

Ве молиме наведете ја дијагнозата:
Please specify the diagnosis:

Вкупен износ на трошоците:
Total amount of the costs:

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 со цел за утврдување на вистинитоста на настанот и мојата пријава.

Изјавувам дека се сложувам Осигурувачот – Уника АД Скопје – 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.

I declare that I agree the medical staff, the hospitals where the medical treatment was performed, as well as the authorized persons from UNIQA AD Skopje, can use the medical reports and other evidence related to the treatment, in its own goals, in order to determine the veracity of the event and my report.

I declare that I agree UNIQA AD Skopje to collect all the necessary documentation and information from third parties concerning any present or previous condition during the process of claim settlement (health record, specialist reports, hospital treatments etc).

I declare that I answered all questions truthfully.

Во / In _____, на ден / on date _____ година / year.

Штетата да се исплати на сметка:

Број на трансакциска сметка:

Bank account no. _____

Назив на банка:

Bank name: _____

Потпис на осигуреникот / корисникот на осигурувањето
Signature of the insured / insurance beneficiary



Друштво за осигурување UNIQA а.д. Скопје
бул. Илинден бр.1, 1000 Скопје
тел. (02) 32 88 800, факс (02) 32 15 128
E-mail: unicasteti@uniqa.mk, Интернет: www.uniqa.mk

MedUNIQA

Пријава на осигуран случај
Report for insured event

ПРИЈАВА

1. Работникот _____ вработен кај работодавачот
The employee _____ is in contract with the employer
- Непрекинато од _____ година.
continuously since _____ year.
- Работна позиција на осигуреникот: _____
Working position of the insured: _____
2. Осигуран/а е со следнава полиса за Доброволно здравствено осигурување: _____
He/she is insured with the following Private Health Insurance policy: _____
3. Последната месечна премија платена до денот на настанување на осигурениот случај: _____
Last monthly premium paid till the date of insured case: _____
- во износ од _____ денари, односно за сите осигурани членови во вкупен износ од _____ денари.
in amount of _____ denars, ie for all insured members with a total amount of _____ denars.
4. До денот на пријавата на осигурениот случај не дал/а изјава дека не сака да биде осигурен/а.
Until the date of the insured's case, he/she did not make a statement that he/she did not want to be insured.
5. Точноста и вистинитоста на наведените податоци ги потврдува Договорувачот на осигурувањето:
The accuracy and validity of the data is confirmed by the Insurance contractor:
- Во _____, на ден _____ година.
In _____, on date _____ year.

Потпис и печат на договорувачот на осигурувањето
Signature and stamp of the Insurance contractor

Потребни документи:

1. Образец – пријава на осигуран случај
2. Медицински извештај со наведена дијагноза
3. Препишани рецепти за лекови / помагала од страна на овластен лекар
4. Оригинална фискална сметка / фактура за извршените медицински услуги
5. Фотокопија од MedUNIQA картичка
6. Фотокопија од лична карта
7. Фотокопија од денарската тековна сметка на осигуреникот – корисникот на осигурувањето

Required documents:

1. The form, Application / Report for insured event
2. Medical report with a specified diagnosis
3. Prescription for medicines / medical devices recommended by an authorized physician
4. Original receipt for medical services / invoice for performed medical services
5. Photocopy of MedUNIQA card
6. Photocopy of ID card
7. Photocopy of Bank account

Напомена: Осигурувачот има право од Осигуреникот, Договорувачот на осигурувањето или било кои друго правно или физичко лице да побара дополнителни информации.
Note: The insurer keeps his rights to ask additional information from the insured, the policyholder of any other person or entity.



Друштво за осигурување UNIQA а.д. Скопје
бул. Илинден бр.1, 1000 Скопје
Тел. (02) 3288 800, Факс (02) 3215 128
E-mail: info@uniqa.mk, www.uniqa.mk

Обработка на
лични податоци

Изјава

Датум

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 долепотпишаниот ,

Име и презиме

Согласен сум Друштвото за осигурување УНИКА АД Скопје, моите лични податоци да ги обработува согласно, Законот за заштита на лични податоци и позитивните законски прописи и интерни акти на , Друштвото за осигурување УНИКА АД Скопје, а особено да ги регистрира, обработува и ажурира моите податоци за потребите на Друштвото за осигурување УНИКА АД Скопје, 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 предходно 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 УНИКА АД Скопје, заради евентуална заштита на правата на Друштвото за осигурување УНИКА АД Скопје, 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 УНИКА а.д. Скопје да направи и чува фотокопии од моите лични документи и тоа:

- ☐ лична карта / пасош
- ☐ возачка дозвола
- ☐ возачка книшка
- ☐ сообраќајна дозвола
- ☐ трансакциска сметка
- ☐ медицинска документација
- ☐ извод од матична книга на родени / умрени / венчани

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

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

Потпис