



Изјава за прием во осигурување

Вашиот договор за доброволно здравствено осигурување, покрај Општите услови за осигурување и осигурителната полиса, го сочинуваат Понудата за склучување на осигурување и Изјавата за прием во осигурување, но и целата друга документација во врска со осигурувањето, како и посебни осигурителни услови, односно клаузули на полисата. Овој документ служи за Ваша согласност и достава на Ваши податоци за цели на склучување на полиса за Доброволно приватно здравствено осигурување со Триглав Осигурување АД, Скопје. Потребно е да дадете точни и уредни одговори на сите поставени прашања. Триглав Осигурување АД, Скопје го задржува правото да го врати документот назад на корекција, доколку истиот не е уредно пополнет.

Нашето осигурително друштво грижливо ќе ги чува Вашите лични податоци, особено податоците за здравствената состојба, согласно со прописите за заштита на лични податоци. Единствените лица кои имаат пристап до овие податоци се овластените лица на осигурителното друштво, коишто ги обработуваат Вашите лични податоци и останатата документација со цел утврдување на околностите за склучување и спроведување на осигурувањето и заради остварување на правата и обврските од осигурувањето или во врска со истото.

А. ПОДАТОЦИ ЗА ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА ОСИГУРЕНИКОТ

СИТЕ ПОЛИЊА СООДВЕТНО ДА СЕ ПОПОЛНАТ ИЛИ ДА СЕ ОБЕЛЕЖАТ СО [x]

ИМЕ:	ПРЕЗИМЕ:	Пол:	<input type="checkbox"/> М	<input type="checkbox"/> Ж
АДРЕСА НА ЖИВЕЕЊЕ:				
ЕМБГ:	Е-АДРЕСА:	ТЕЛЕФОН:		

Б. ПОДАТОЦИ ЗА ИЗБРАНИОТ МАТИЧЕН ЛЕКАР

СИТЕ ПОЛИЊА СООДВЕТНО ДА СЕ ПОПОЛНАТ ИЛИ ДА СЕ ОБЕЛЕЖАТ СО [x]

Податоци за избраниот личен (матичен) лекар:	
ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ЛЕКАРОТ:	НАЗИВ НА ОРДИНАЦИЈАТА:
ТЕЛЕФОНСКИ БРОЈ НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:	Е-АДРЕСА НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:

Податоци за избраниот матичен гинеколог (само за жени):

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ЛЕКАРОТ:	НАЗИВ НА ОРДИНАЦИЈАТА:
ТЕЛЕФОНСКИ БРОЈ НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:	Е-АДРЕСА НА УСТАНОВАТА ИЛИ ЛЕКАРОТ:

Б. ПОДАТОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ОСИГУРЕНИКОТ

Дали примате или Ви е препорачано да примате повремена или редовна терапија за одредена болест?

<input type="checkbox"/> ДА	НАВЕДЕТЕ ЗА КОЈА БОЛЕСТ И КОЈА ТЕРАПИЈА:	<input type="checkbox"/> НЕ
-----------------------------	--	-----------------------------

Дали имате дијагностицирано хронична болест?

<input type="checkbox"/> ДА	НАВЕДЕТЕ КОЈА:	<input type="checkbox"/> НЕ
-----------------------------	----------------	-----------------------------

Дали во момент на прием во осигурување се лекувате од некоја болест, состојба или повреда или вршите медицински иследувања (дијагностика, анализи, испитувања) за одредена здравствена потешкотија?

<input type="checkbox"/> ДА	НАВЕДЕТЕ ЗА КОЈА БОЛЕСТ, СОСТОЈБА ИЛИ ПОВРЕДА И КОИ ИСЛЕДУВАЊА:	<input type="checkbox"/> НЕ
-----------------------------	---	-----------------------------

Дали имате вродена болест или состојба?

<input type="checkbox"/> ДА	НАВЕДЕТЕ КОЈА:	<input type="checkbox"/> НЕ
-----------------------------	----------------	-----------------------------

Имам диоптер

<input type="checkbox"/> ДА	ЛЕВО - ВНЕСЕТЕ ВРЕДНОСТИ И ЗА “+” И ЗА “-”	<input type="checkbox"/> НЕ
	ДЕСНО - ВНЕСЕТЕ ВРЕДНОСТИ И ЗА “+” И ЗА “-”	

Г. ИЗЈАВА НА ОСИГУРЕНИКОТ

Јас, како осигуреник со потпишување на Изјавата за прием во осигурување потврдувам и изјавувам:

- дека сите податоци наведени во Изјавата за прием во осигурување се точни, целосни и вистинити;
- дека на барање на осигурителното друштво, во бариот рок ќе му ја доставам целокупната здравствена документација потребна за склучување или за спроведување на осигурувањето;
- дека веднаш писмено ќе го известам осигурителното друштво за сите измени во мојата (на осигуреникот) здравствена состојба, односно за сите нови констатации и сознанија за мојата (на осигуреникот) здравствена состојба, настанати по пополнување на Изјавата за прием во осигурување.

Јас, како осигуреник на осигуреникот,

се согласувам не се согласувам,

Осигурувачот да ги обработува моите (на осигуреникот) лични податоци наведени во оваа Изјава за прием во осигурување, вклучително и здравствените податоци, и да ги употребува за склучување и спроведување на осигурување (утврдување на околности значајни за склучување на доброволно здравствено осигурување заради остварување на правата и утврдување на обврските од склученото осигурување), во согласност со законите со кои се уредува заштитата на личните податоци и осигурителната дејност и согласно со условите на осигурување.

- за наведените цели, осигурителното друштво да врши увид, да стекнува и да ги обработува моите (на осигуреникот) лични податоци, вклучително и здравствените податоци, кај давателите на здравствени услуги кои за таа намена ги ослободувам од професионалната обврска на молчење, и кај други лица кои располагаат со моите (на осигуреникот) лични и здравствени податоци, во земјата и во странство, како и да ги откриваат и доставуваат моите лични и здравствени податоци на осигурителното друштво,
- за наведените цели, осигурителното друштво да ги открива моите (на осигуреникот) лични податоци, вклучително и здравствените податоци, и да ги доставува на давателите на здравствени услуги во земјата и во странство, согласно одредбите за заштита на личните податоци во Република Македонија.

Јас, како осигуреник, потврдувам и изјавувам дека пред склучување на осигурувањето ги добив условите за осигурување, дека сум запознаен со исклучувањата и ограничувањата според условите на осигурување и дека осигурителното друштво, поради здравствената состојба на осигуреникот, може да одреди и дополнителни исклучувања и ограничувања на осигурувањето надвор од условите за осигурување, како и доплата на премијата за осигурување.

Д. ИЗЈАВА ЗА СОГЛАСНОСТ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ ЗА ЦЕЛИ НА ДИРЕКТЕН МАРКЕТИНГ

се согласувам не се согласувам

Триглав Осигурување АД, Скопје да ги користи за цели на директен маркетинг. Запознат сум дека согласноста за обработка на моите лични податоци за цели на директен маркетинг можам да ја повлечам во секое време, бесплатно, со писмено барање (доставено на следната електронска адреса: [HYPERLINK mailto:oficer.lp@triglav.mk](mailto:oficer.lp@triglav.mk) oficer.lp@triglav.mk, или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.,8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје, со назнака “До Официрот за заштита на лични податоци”).

ЗА ТРИГЛАВ ОСИГУРУВАЊЕ АД, СКОПЈЕ
Триглав Осигурување АД, Скопје врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на клиенти, нивните законски застапници, или полномошници во согласност со одредбите на Законот за заштита на лични податоци и другите соодветни позитивни законски прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на Триглав Осигурување АД, Скопје, а Триглав Осигурување АД, Скопје во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи совесно, законито и согласно целта за која се собрани.

ПРАВО НА ИНФОРМИРАЊЕ, ИСПРАВКА И РЕКЛАМАЦИЈА

Клиентот може да побара од Триглав Осигурување АД, Скопје да го информира за неговите права, поврзани со обработката на личните податоци, како и да ги дополни, измени, избрише, или да го сопне користењето на неговите лични податоци, ако податоците се нецелосни, неточни, или неажурирани на следната електронска адреса:

[HYPERLINK "mailto:oficer.lp@triglav.mk" oficer.lp@triglav.mk](mailto:oficer.lp@triglav.mk), или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.,8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје, со назнака “До Официрот за заштита на лични податоци”.

МЕСТО:

ДАТУМ:

ПОТПИС: