

Broj štete:

Broj polise:

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA ZA HIRURŠKE INTERVENCIJE

Ugovarač osiguranja: Matični broj:
Mesto: Adresa:
Telefon: E-mail:

Ime i prezime osiguranog lica	<input type="text"/>
JMBG	<input type="text"/>
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica i broj)	<input type="text"/>
Zanimanje osiguranika u vreme nastanka osiguranog slučaja	<input type="text"/>
Telefon / E-mail osiguranika	<input type="text"/>
Broj računa osiguranika i naziv banke gde se isti vodi	<input type="text"/>
Naziv ustanove, ime i prezime lekara kod kojih osiguranik ostvaruje pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja	<input type="text"/>

Podaci o osiguranom slučaju HIRURŠKE INTERVENCIJE

Tačan naziv i vrsta izvršene hirurške intervencije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom)	<input type="text"/>
Naziv i adresa ustanove u kojoj je izvršena hirurška intervencija	<input type="text"/>
Tačan datum kada je utvrđena potreba za hirurškom intervencijom (indikacija)	<input type="text"/>
Tačan datum izvršene hirurške intervencije (nastanka osiguranog slučaja)	<input type="text"/>

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Dajem saglasnost da lekari i ustanove kod kojih sam bio operisan mogu na zahtev lekara-cenzora »GLOBOS OSIGURANJA« a.d.o. davati sve potrebne informacije o toku hirurške intervencije (operacije), kao i mom zdravstvenom stanju pre i posle izvršene operacije, a sve u cilju brže i efikasnije isplate naknade za koju podnosim prijavu.

Broj štete:

Broj polise:

Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/oštećenik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Svojim potpisom osiguranik/ oštećenik/ korisnik potvrđuje da je izričito saglasan da osiguravač njegove podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika, u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih možete proslediti trećim licima sa kojima osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

U dana g.

Potpis osiguranika-korisnika osiguranja

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA:

- je zaposlen kod poslodavca nekrekidno od
Zaposleni obavlja poslove (zanimanje)
- Osiguran je polisom kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja lica broj
Do dana prijave osiguranog slučaja premija je plaćena za mesec u iznosu od din.,
odnosno za ukupan broj osiguranih članova u ukupnom iznosu od din.
- Pre dana nastanka osiguranog slučaja zaposlen je bio evidentiran na spisku osiguranih lica pod rednim brojem

Pravilnost i istinitost navedenih podataka potvrđuje ugovarač osiguranja.

U dana g.

M.P.

Pečat i potpis ugovarača osiguranja

NAPOMENA: Prilikom prijave osiguranog slučaja potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:

- popunjena ova prijava štete
- kompletna medicinska dokumentacija kojom se potvrđuje nastanak osiguranog slučaja
- druga dokumentacija koja je u vezi sa nastankom osiguranog slučaja
- fotokopija lične karte
- fotokopija kartice dinarskog tekućeg računa osiguranika