

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA  
ZA HIRURŠKE INTERVENCIJE**

Ugovarač osiguranja: \_\_\_\_\_ Matični broj: \_\_\_\_\_

Mesto: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osiguranog lica	
JMBG	
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica i broj)	
Zanimanje osiguranika u vreme nastanka osiguranog slučaja	
Telefon / E-mail osiguranika	
Broj računa za isplatu naknade	
Naziv ustanove, ime i prezime lekara kod kojih osiguranik ostvaruje pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja	

**Podaci o osiguranom slučaju HIRURŠKE INTERVENCIJE**

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

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.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_ g.

\_\_\_\_\_  
Potpis osiguranika – korisnika osiguranja

## POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA:

1. \_\_\_\_\_ je zaposlen kod poslodavca neprekidno od \_\_\_\_\_.  
(Ime i prezime radnika)  
Zaposleni obavlja poslove (zanimanje) \_\_\_\_\_.
2. Osiguran je polisom kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja lica broj \_\_\_\_\_.  
Do dana prijave osiguranog slučaja premija je plaćena u za mesec \_\_\_\_\_ u iznosu od \_\_\_\_\_ din., odnosno za ukupan broj osiguranih članova u ukupnom iznosu od \_\_\_\_\_ din.
3. 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