

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA  
ZA TEŽE BOLESTI**

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 za TEŽE BOLESTI**

Tačan datum uspostavljanja dijagnoze teže bolesti (nastanka osiguranog slučaja)	
Naziv bolesti (prepisati dijagnozu teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz obrazac, na primer: izveštaj lekara specijaliste ili bolnice i sva druga medicinska dokumentacija iz koje se jasno može utvrditi dijagnoza teže bolesti za koju se vrši prijava)	
Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je sprovedeno lečenje	

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Dajem saglasnost da lekari i ustanove kod kojih sam bio lečen mogu na zahtev lekara-cenzora »GLOBOS OSIGURANJA« a.d.o. davati sve potrebne informacije o toku lečenja, kao i mom zdravstvenom stanju pre i posle nastupanja bolesti, 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