

Ogranak filijala \_\_\_\_\_

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

UGOVARAČ: \_\_\_\_\_

IME PREZIME NOSIOCA OSIGURANJA: \_\_\_\_\_

1. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ime i prezime osiguranika</li> <li>b) Srodstvo sa nosiocem osiguranja</li> <li>c) Adresa</li> <li>d) Zanimanje</li> <li>e) Datum i mesto rođenja</li> <li>f) JMBG</li> <li>g) Broj telefona korisnika</li> <li>h) Naziv banke, broj žiro- računa, tekućeg računa ili štednog uloga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) _____</li> <li>b) _____</li> <li>c) _____</li> <li>d) _____</li> <li>e) _____</li> <li>f) _____</li> <li>g) _____</li> <li>h) _____</li> </ul>
--	--

### A. HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)

1. Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
2. Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	_____ _____ _____
3. Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____ _____
4. Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	_____ _____ _____

Ovim izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno). Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja koje osiguravač u vezi sa prijavljenim slučajem bude od njih zatražio.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_ 20\_\_ god.

 \_\_\_\_\_  
 (potpis korisnika osiguranja)