

**PRIJAVA OSIGURANOG
SLUČAJA ZA NADOKNADU
TROŠKOVA MEDICINSKIH
USLUGA**

Broj ponude / polise	Broj štete

PODACI O OSIGURANOM LICU - OSIGURANIK (lice od čijeg narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume)

Ime i prezime			
JMB (lični broj)	Broj lične karte i MUP		
Adresa, telefon	E - mail adresa		
Broj tekućeg računa i banka			

PODACI O ČLANU PORODICE OSIGURANOG LICA (lice od čijeg narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume)

Ime i prezime	Srodstvo sa osiguranikom		
JMB (lični broj)	Broj lične karte i MUP		
Adresa, telefon	E - mail adresa		
Broj tekućeg računa i banka			

KORISNIK OSIGURANJA U SLUČAJU SMRTI LEČENOG OSIGURANIKA - lice koje dokaže da je platilo troškove lečenja

Ime i prezime	Srodstvo sa osiguranikom		
JMB (lični broj)	Broj lične karte i MUP		
Adresa, telefon	E - mail adresa		
Broj tekućeg računa i banka			

MEDICINSKI PODACI

U kojoj zdravstvenoj ustanovi je uspostavljanja dijagnoza	Datum nastanka bolesti / povrede (porođaja)			
		dan	mes	god
Dijagnoza povrede / bolesti				
Iznos ukupnih troškova				

NPV - III/10

Izjavljujem da su gore navedeni podaci tačni i istiniti.

Ovlašćujem svakog lekara, medicinsku ustanovu i apoteku da mogu pružiti sva obaveštenja u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem koje predstavnici Wiener Städtische osiguranje a.d.o. od njih budu tražili, kako bih nadoknadio troškove medicinskih usluga koje potražujem.

U _____ dana _____

*potpis osiguranika / člana porodice osiguranika
(za maloletna lica potpis osiguranika) / korisnika osiguranja*

POPIS POTREBNIH DOKUMENATA :

1. Ova prijava osiguranog slučaja
2. Kompletna medicinska i druga dokumenta (računi, potvrde) - *fotokopija* (obavezan **original na uvid**)
3. Identifikaciona kartica - *fotokopija* obe strane
4. Kartica dinarskog tekućeg računa - *fotokopija*. obe strane
5. Ostala dokumentacija na zahtev Wiener Städtische osiguranje