

Broj polise: Broj štete: **PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA ZA TEŽE BOLESTI**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 za TEŽE BOLESTI**

|   |                      |
|---|----------------------|
| Tačan datum uspostavljanja dijagnoze teže bolesti (nastanka osiguranog slučaja)   | <input type="text"/> |
| 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) | <input type="text"/> |
| Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je sprovedeno lečenje  | <input type="text"/> |

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.

Broj polise:

Broj štete:

*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:**

1.  je zaposlen kod poslodavca nekrekidno od   
Zaposleni obavlja poslove (zanimanje)

2. 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.

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