

ZAHTEV ZA PREAUTORIZACIJU MEDICINSKOG TRETMANA

Broj polise

_____ POPUNJAVA ZDRAVSTVENA USTANOVA _____

1. Dijagnoza (povrede/bolesti):

ZDRAVSTVENA USTANOVA koja podnosi ovaj zahtev

NAZIV

Matični broj

Mesto

PIB

Ulica i broj

Telefon/Kontakt

Poštanski broj

E-mail

Osiguranik

Ime i prezime

JMBG

Poštanski broj

Broj lične karte

Mesto

ID kartica

Telefon

Ulica i broj

E-mail

1. Dijagnoza (povrede, bolesti):

2. Datum nastanka bolesti/povrede

3. Razlog za sprovođenje medicinskog tretmana (zaokružiti i navesti)

nesrećni slučaj

bolest

4. Procedura i opis tretmana/operacije sa detaljnom specifikacijom troškova:

Jedinična cena usluge	Količina	Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Ukoliko je neophodno prisustvo asistenta navesti razloge

Zahtev dostaviti osiguravaču najkasnije 14 dana pre planiranog tretmana/operacije, u skladu sa uslovima osiguranja na mail: globosmedic@globos.rs

NAPOMENA: Nepodnošenje ovog obrasca može prouzrokovati značajne troškove za osiguranika.

Mesto/datum

Za zdravstvenu ustanovu

Procena osiguravača

OSIGURAVAČ

Ukupno odobreni troškovi

Ugovorena participacija

osiguranika

Komentar

AUTORIZACIJA:

Na osnovu informacija navedenih u ovom obrascu i navedenih iznosa participacija, osiguravač ovim dokumentom daje autorizaciju navedenog tretmana i potvrđuje da će biti pokriven u skladu sa važećim uslovima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. U autorizaciji potrebnog tretmana osiguravač se oslanja na verodostojnost informacija datih od strane medicinske ustanove.

Svaka zloupotreba ili neistiniti iskaz činiće ovu autorizaciju nevažećom i ništavom.

Osiguravač zadržava pravo uvida u svu potrebnu medicinsku dokumentaciju, čije pribavljanje pada na teret osiguranika.

Na osnovu ove autorizacije osiguravač prihvata nadoknadu troškova navedenoj medicinskoj ustanovi za navedeni tretman, u iznosu koji ne prelazi navedene ukupno odobrene troškove.

Osiguravač će nadoknaditi troškove nakon dostavljanja kompletne dokumentacije, u roku propisanom uslovima osiguranja.

Osiguravač prihvata činjenicu da iskazi navedeni u ovom obrascu mogu biti promenjeni na osnovu nepredviđenih okolnosti ili medicinskih komplikacija i pristaje da eventualne dodatne troškove nadoknadi prema važećim uslovima osiguranja.

Mesto i datum

Za osiguravača