

**PRIJAVA OSIGURANOG
SLUČAJA ZA NADOKNADU
TROŠKOVA MEDICINSKIH
USLUGA KLINIKAMA I USTANOVAMA
KOJE PRIPADAJU MREŽI
PRIORITETNIH PRUŽALACA 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		Broj identifikacione kartice	

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		Broj identifikacione kartice	

Izjavljujem da su gore navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem svakog lekara, medicinsku ustanovu i apoteku da ove informacije prosledi Wiener Städtische osiguranju a.d.o. kako bi bili nadoknađeni troškovi. U suprotnom, nosilac kartice će sam snositi troškove. Fotokopija ove Prijave smatraće se važećom kao i original.

U _____ dana _____

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

MEDICINSKI PODACI (popunjava lekar)

U kojoj zdravstvenoj ustanovi je uspostavljanja dijagnoza		Datum nastanka bolesti / povrede (porođaja)			
Matični broj zdravstvene ustanove		PIB			
Dijagnoza povrede / bolesti					
Da li bolest / povreda zahteva dalje lečenje (zaokružiti)	DA				
Ako je odgovor DA upisati detalje	NE				
Da li je ranije postojala dijagnoza / tretman za navedenu bolest / povredu (zaokružiti)	DA				
Ako je odgovor DA navesti datume, prepisane lekove / terapije i ime lekara	NE				

NPV - III/10

