

ZAHTEV ZA PREAUTORIZACIJU MEDICINSKOG TRETMANA

Broj ponude / polise	Broj štete

PODACI O OSIGURANIKU / ČLANU PORODICE (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	

MEDICINSKI PODACI (popunjava medicinska ustanova)

Naziv medicinske ustanove							
Adresa				Matični broj			
				PIB			
Telefon		Fax		E - mail adresa			
Da li je ustanova član mreže prioriternih pružalaca usluga WSO (zaokružiti)				DA	Datum nastanka bolesti / povrede		
				NE			
Uzrok potrebe izvođenja medicinskog tretmana (zaokružiti i navesti)	Nesrećni slučaj						
	Bolest						
Dijagnoza povrede / bolesti							
Procedura i opis tretmana / operacije sa detaljnom specifikacijom troškova							
Planirani datum operacije				Ukupno planirani troškovi u EUR			
Ukoliko je neophodno prisustvo asistenta, navesti razloge:							

NPV-010

Ovaj zahtev se dostavlja osiguravaču Wiener Städtische osiguranje a.d.o., najkasnije 14 dana pre planiranog tretmana / operacije, u skladu sa Uslovima osiguranja, putem e - maila ili fax-a na broj: +381 11 311 50 69.

Nepopunjavanje ovog obrasca, njegovog odobrenja i slanja od strane osiguravača može prouzrokovati značajne troškove osiguranika !

U _____ dana _____

potpis lekara i pečat

Ime lekara i zvanje

