

Filijala _____

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

UGOVARAČ: _____

1. a) Ime i prezime osiguranika b) Adresa c) Zanimanje d) Datum i mesto rođenja e) JMBG f) Broj telefona osiguranika g) Naziv banke, broj žiro- računa, tekućeg računa ili štednog uloga	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
---	--

A. HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)

1. Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
2. Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	_____ _____
3. Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
4. Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	_____ _____

B. TEŽA BOLEST I POSLEDICE BOLESTI

1. Datum kada je nesporno utvrđena bolest koja se prijavljuje	_____ _____
2. Dijagnoza bolesti	_____ _____
3. Zdravstvena ustanova i ime i prezime lekara koji je prvi postavio dijagnozu bolesti	_____ _____
4. Posledice prijavljene bolesti	_____ _____

Ovim izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno). Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja koje osiguravač u vezi sa prijavljenim slučajem bude od njih zatražio.

U _____ dana _____ 20___ god.

(potpis korisnika osiguranja)

**ZA KOLEKTIVNO DOPUNSKO
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA

da je _____ sa adresom _____
ulica _____ br. _____, po zanimanju _____
zaposlen – član u našoj organizaciji od _____ do _____.
U okviru zanimanja obavlja poslove _____,
a osiguran je kolektivnim dopunskim zdravstvenim osiguranjem kod "DDOR NOVI SAD" a.d.o. Novi Sad
polisom broj _____, sa početkom od _____ 20 _____. godine.

Ujedno potvrđujemo da je imenovani bio zaposlen – član u našoj organizaciji na dan dešavanja osiguranog
slučaja.

Ukoliko se premija plaća obustavom od zarade zaposlenih upisati iznos obustave za mesec u kojem je
izvršena hirurška intervencija (operacija), odnosno u kojem je nastupila teža bolest _____.

_____ **M.P.** _____
(mesto i datum) (potpis ovlašćenog lica)

DDOR NOVI SAD a.d.o. NOVI SAD

Potvrđujem da je po polisi broj _____ od ugovarača _____
iz _____ naplaćena poslednja premija u iznosu od din. _____
za vreme od _____ do _____ 20 _____. godine.

Početak osiguranja _____

Tarifa _____

Osigurana suma za:

slučaj hirurške intervencije (operacije) _____

teže bolesti i posledice bolesti _____

U _____, dana _____ 20 _____. godine. _____
(pečat i potpis ovlašćenog lica)