

## ZAHTJEV ZA NAKNADU PO OSNOVU NASTUPANJA TEŽE BOLESTI PO POLISI BR.

|   |  |
|---|--|
| 1. Ugovarač osiguranja:<br><br>a) ime i prezime<br>b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mesto)<br>c) lični broj (JMBG)                              |  |
| 2. Osiguranik:<br><br>a) ime i prezime<br>b) adresa, poštanski broj (ulica i broj, mesto)<br>c) zanimanje<br>d) kontakt telefon<br>e) lični broj (JMBG) |  |
| 3. Datum nastupanja/dijagnostikovanja teže bolesti (dan, mjesec, godina):   |  |
| 4. Naziv teže bolesti i šifra po MKB  |  |
| 5. Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je dijagnostikovana teža bolest (navesti i ime ljekara)   |  |
| 6. Naziv zdravstvene ustanove u kojoj je osiguranik liječen   |  |
| 7. Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima otvoren zdravstveni karton:   |  |
| 8. Da li je povrijeđeni prije ovog osiguranog slučaja imao povredu (neku tjelesnu manu, nedostatak, invaliditet) ili je bio bolestan i od čega?         |  |

Ovim izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno).  
 Ovlašćujem ljekare koji me liječe ili su me ranije liječili da mogu pružiti sva obavještenja u vezi sa mojim zdravstvenim stanjem povodom navedenog osiguranog slučaja koje predstavnici Wiener Städtische životnog osiguranja a.d. Podgorica od njih budu tražili.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ god.

*(potpis osiguranika)*

***POPIS POTREBNIH DOKUMENATA ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA***

1. *Popunjen zahtjev*
2. *Original ili ovjerene foto-kopije cjelokupne medicinske dokumentacije o liječenju teže bolesti*
3. *Foto-kopija zdravstvenog kartona sa svim prilozima, ovjerena od strane zdravstvene ustanove*
4. *Foto-kopija lične karte osiguranika*
5. *Foto-kopija kartice sa brojem žiro računa osiguranika*
6. *Osiguravač zadržava pravo da zahtijeva dodatnu dokumentaciju*