

Br. štete:

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA**  
(hirurška intervencija)

Br. ugovora:	Proizvod:	Ugovarač osiguranja:
Br. partnera:	Početak osiguranja:	Adresa:

**Podaci o osiguranoj osobi**

Ime i prezime:	JMBG:
Adresa:	Zanimanje:

**Podaci o hirurškoj intervenciji**

1. Datum hirurške intervencije :
2. Uzrok:
3. Naziv ustanove i lekara koji je dijagnostikovao oboljenje:
4. Gde se osiguranik sada leči – navesti bolnicu, ambulantu i lekara :
5. Da li ste pre ovog lečenja bili zdravi? Ako ne, navedite bolest od koje ste bili lečeni, kada i gde:
6) Da li ste ranije imali telesnu povredu sa posledicom trajne invalidnosti?
7) Jeste li sposobni za rad? Ako ne, zbog čega?
8) Jeste li bili na bolovanju u zadnjih 5 godina? Ako da, koliko?
9) Da li je Vaše lečenje u potpunosti završeno?

**Podaci o korisniku osiguranja**

Ime i prezime (JMBG):	Adresa:
Naziv banke:	Broj računa:

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno. Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sve izveštaje i objašnjenja koja osiguravač u vezi sa prijavljenom bolešću bude od njih tražio.

Mesto, datum

Potpis korisnika osiguranja/  
podnosioca prijave

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_