

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Prijava osiguranog slučaja

Broj štetnog spisa: _____

UGOVARAČ OSIGURANJA:	
Ime i prezime/Naziv pravnog lica:	JMBG:
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj:	Broj telefona/Fax/E-mail:
OSIGURANA OSOBA:	
Ime i prezime:	JMBG:
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj:	Broj telefona/Fax/E-mail:
Zanimanje:	Broj police / Program :
PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU:	
Specijalistički pregledi	Pomagala za vid (dijoptrijska stakla i leće)
Dijagnostički postupci	Potrebni stomatološki tretman
Preventivni pregledi	Teže bolesti
Lijekovi	Hirurške intervencije/operacije
Medicinska pomagala	Jednodnevni zahvati
Fizioterapije	Porod

OPŠTI PODACI O SLUČAJU

Opis osiguranog slučaja-događaja (datum, vrijeme, mjesto, radnja, uzrok, svjedoci i sl.):

Da li je osigurani slučaj prijavljen nadležnoj zdravstvenoj ustanovi i kojoj ?
(ako jeste, navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove kojoj je prijavljen navedeni slučaj)

a) DA b) NE

Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje?
(ako ima, navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime specijaliste porodične medicine/ljekara opće prakse)

a) DA b) NE

Da li osiguranik dodatno zdravstveno osiguranje kod drugog osiguravača?
(ako ima, navesti naziv osiguravača)

a) DA b) NE

Da li je osiguranik ranije prijavljao osigurani slučaj po osnovu dobrovoljnih zdravstvenih ili drugih vrsta osiguranja kod Triglav Osiguranja d.d.?
(ako jeste, kada i po kojem osnovu)

a) DA b) NE

PODACI O LIJEČENJU/PREVENTIVNOM PREGLEDU

Koja vrsta liječenja/tretmana/preventivnog pregleda je provedena?

Molimo Vas da nam navedete naziv ustanove i ljekara koji je ustanovio medicinsku indikaciju/obavio prvi pregled/obavio preventivni pregled?

Ukupan iznos računa priloženih za refundaciju u KM?

KUPOVINA LIJEKOVA/POMAGALA

Koji lijek/pomagalo je kupljeno?

Da li je lijek/pomagalo ranije korišteno?

a) DA b) NE

Ako su u pitanju dioptrijske naočale/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko?

Ukupan iznos računa priloženih za refundaciju u KM?

PRETHODNE BOLESTI I/ILI TJELESNA OŠTEĆENJA

Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacija, povrede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.

a) DA b) NE

jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja? (ako da, u kojem smislu i obimu)

a) DA b) NE

INSTRUKCIJE O REFUNDACIJI TROŠKOVA

Ime/naziv korisnika osiguranja/JMBG/ID broj	
Naziv banke	
Broj ličnog računa	
Transakcijski račun banke	
Ostalo	

Uz Prijavu prilažem kompletnu zdravstvenu i ostalu dokumentaciju u vezi s osiguranim slučajem.

Izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Ovlašćujem osiguravača da ljekari i zdravstvene ustanove na njegov zahtjev daju podatke i dokumentaciju o ranijim povredama i zdravstvenom stanju, trajanju liječenja i posljedicama.

Istovremeno potvrđujem da je sva dostavljena dokumentacija vjerna originalu i da ista neće biti zloupotrijebljena, niti korištena za ostvarivanje drugih koristi, odnosno da računi o plaćenim troškovima, koji se dostavljaju ovim putem, neće biti korišteni za ponovnu naplatu u bilo kojem postupku. Ujedno izjavljujem da ću u slučaju dodatnog zahtjeva Osiguravača istom dostaviti originalnu dokumentaciju koja je prilog ove prijave uključujući i račune o plaćenim troškovima liječenja. Predajom zahtjeva potvrđujem da sam putem web stranice Osiguravača upoznat sa zaštitom ličnih podataka, njihovom čuvanju i obradi, te svojim ostalim pravima vezanim uz zaštitu ličnih podataka.

U _____, dana _____

pečat

Podnositelj
Potpis/ovlaštena osoba i