



**Prijava osiguranog slučaja**  
**DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

|   |  |                            |                                       |                      |
|---|--|----------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <b>Polisa broj</b>  |  | <b>Trajanje osiguranja</b> | od _ _ _ _ 201_ g. do _ _ _ _ 201_ g. |                      |
| <b>Datum nastanka osiguranog slučaja</b>  | _ _ _ _ 201_ god.  |                            | <b>Vrijeme</b>                        | u _ _ sati i _ _ min |
| <b>Mjesto nezgode</b>   |  |                            | <b>Država</b>                         |                      |
| <b>Ugovarač osiguranja</b>  | Ime i prezime/naziv firme:   |                            |                                       |                      |
|   | Mjesto:  | Ulica i broj:              |                                       |                      |
|   | JMBG/JIB:  | Telefon:                   | e-mail:                               |                      |
| <b>Osiguranik</b>   | Ime i prezime/naziv firme:   |                            |                                       |                      |
|   | Mjesto:  | Ulica i broj:              |                                       |                      |
|   | JMBG/JIB:  | Telefon:                   | e-mail:                               |                      |
| <b>Nastanak slučaja</b>   | <input type="checkbox"/> Nastup bolesti <input type="checkbox"/> Hirurška intervencija |                            |                                       |                      |
| <b>Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja:</b>   |  |                            |                                       |                      |
| Koja zdravstvena ustanova je utvrdila dijagnozu? Navedite ime i prezime doktora?  |  |                            |                                       |                      |
| Navedite tačnu dijagnozu bolesti ili povrede:   |  |                            |                                       |                      |
| Da li je osiguranik bio na bolničkom liječenju:    da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/><br>Naziv ustanove: _____ <b>Trajanje boravka u bolnici:</b><br>od _ _ _ _ 201_ g. do _ _ _ _ 201_ g. |  |                            |                                       |                      |
| Da li ste ranije pretrpili tjelesnu povredu, kakvu i kada?  |  |                            |                                       |                      |
| Navedite, da li je osiguranik prije nastupa osiguranog slučaja ranije imao bolesti, tjelesna oštećenja i da li se liječio od istih?   |  |                            |                                       |                      |

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i da sam saglasan da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad zatraže na uvid sve dokaze o liječenju u medicinskim ustanovama u kojima sam izvršio liječenje. Saglasan sam da predstavnici Wiener osiguranja VIG ad kod svih nadležnih organa, ustanova, Sudu i drugim institucijama mogu zatražiti na uvid dokumentaciju vezanu za prijavu osiguranog slučaja.

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Korisnik odštete:</b> <input type="checkbox"/> Osiguranik <input type="checkbox"/> Treća osoba |                                  |
| Ime i prezime:  |                                  |
| <b>Naziv banke korisnika odštete:</b>   | <b>Broj računa:</b>              |
|   | <b>Transakcijski broj banke:</b> |
| U mjestu _____ dana _____ godine  |                                  |
| _____ (potpis)  |                                  |

**Potrebni dokumenti:**

1. Prijava
2. Kopija polise
3. Medicinska dokumentacija
4. Original faktura plaćenih medicinskih usluga i dokaz o plaćanju
5. Kopija računa banke