

## PRIJAVA ŠTETE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

MOLIMO PAŽLJIVO PROČITATI I U POTPUNOSTI ODGOVORITI NA SVA PITANJA

PODACI O OSIGURANIKU	ID broj
1. Ime i prezime osiguranika _____	Spol M    Ž
2. Adresa stanovanja _____	Tel. _____
3. Datum i mjesto rođenja _____	Broj police _____
4. Ugovoren osnovni program _____ Ugovoreni dodatni programi _____	
5. Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu _____	

PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU		
1. Vrsta korištene medicinske usluge (doplate, stomatološke usluge, lijekovi, ortopedska pomagala i dr.)	Datum korištenja:	Iznos u kn:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
2. Datum javljanja ovlaštenom liječniku CROATIJE (u slučaju prethodnog odobravanja troškova) _____		

OSTALI PODACI
Naknadu isplatite na tekući račun ili štednu knjižicu kod:
<b>Naziv i sjedište banke</b> _____
Žiro-račun banke _____
Broj tekućeg ili žiro računa _____

**Pod moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su upisani podaci točni, potpuni i istiniti.**

U \_\_\_\_\_ Dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Čitko ime i prezime podnositelja prijave

\_\_\_\_\_

Potpis podnositelja prijave

### OBAVEZNO UZ PRIJAVU PRILOŽITI:

- Originalne račune za nadoknadu troškova
- Presliku Iskaznice dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
- Ostalo (medicinska dokumentacija i dr.) - prema traženju