



Републички фонд за здравствено осигурање

## ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА

Број предмета	
---------------	--

Број понуде/полисе	
--------------------	--

### ПОДАЦИ О УГОВАРАЧУ ОСИГУРАЊА

Име, презиме /пословно име	
ЈМБГ/МБ	
Адреса/седиште	
Телефон	

### ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

Име и презиме	
ЈМБГ	
ЛБО	
Адреса	
Телефон	

### ПОДАЦИ О ОСИГУРАНОМ СЛУЧАЈУ

Датум настанка осигураног случаја _____
---

Кратак опис осигураног случаја
--------------------------------

Место и назив здравствене установе где је пружена медицинска услуга
---

Овим изјављујем да сам на сва питања одговорио-ла тачно, истинито и потпуно.

Накнаду исплатити на рачун \_\_\_\_\_, код \_\_\_\_\_  
( Број текућег рачуна) (Назив банке)

У \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_  
Потпис осигураника-подносиоца захтева

### ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА (ЗА КОЛЕКТИВНО ОСИГУРАЊЕ)

1. \_\_\_\_\_ је на дан настанка осигураног  
(Име и презиме осигураника)  
случаја \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ наш  
(Навести осигурани случај)  
запослени/члан нашег удружења, асоцијације.

2. Осигуран је полисом \_\_\_\_\_

3. Пре дана настанка осигураног случаја премија је плаћена за месец \_\_\_\_\_  
у износу од динара \_\_\_\_\_, односно за укупан број осигураника у  
укупном износу од динара \_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_  
Потпис овлашћеног лица и печат

ПОПИС НЕОПХОДНИХ ДОКУМЕНАТА КОЈЕ ЈЕ ПОТРЕБНО ПРИЛОЖИТИ УЗ ПРИЈАВУ  
ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА (оригинал или фотокопија):

1. Комплетна оригинална медицинска и друга документација (упут за специјалистички преглед, извештај лекара специјалисте и др.)
2. Оригинал фискалног рачуна и фактура са спецификацијом извршених услуга
3. Фотокопија картице текућег рачуна (обе стране) осигураника
4. Друга документација која је у вези са насталим осигураним случајем, а коју захтева осигуравач да би утврдио обим и висину своје обавезе