



Zahtev za preautorizaciju medicinskog tretmana

Broj polise

Naziv paketa

OSIGURANIK

IME I PREZIME

JMBG

POŠTANSKI BROJ

BROJ LIČNE KARTE
I MUP

MESTO

BROJ ID KARTICE

TELEFON

ULICA I BROJ

E-MAIL

POPUNJAVA ZDRAVSTVENA USTANOVA

ZDRAVSTVENA USTANOVA *koja podnosi ovaj zahtev*

NAZIV

MATIČNI BROJ

MESTO

PIB

TELEFON KONTAKT
OSOBE U USTANOVI

ULICA I BROJ

FAX

POŠTANSKI BROJ

E-MAIL

1.1. Da li je ustanova član mreže prioriternih pružalaca
usluga WSO

DA NE

Ako je odgovor DA upisati detalje

1.4. Dijagnoza (povrede/bolesti)

1.2 Datum nastanka bolesti / povrede

1.3 Razlog za sprovođenje medicinskog tretmana (zaokružiti i navesti)

nesrećni slučaj

bolest



1.5. Procedura i opis tretmana / operacije sa detaljnom specifikacijom troškova

1.6. Planirani datum operacije

1.7. Ukupno planirani troškovi u EUR

1.8. Ukoliko je neophodno prisustvo asistenta navesti razloge

Ovaj zahtev se dostavlja osiguravaču najkasnije 14 dana pre planiranog tretmana/operacije, u skladu sa uslovima osiguranja, pismenim putem na adresu Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd, Trešnjinog cveta 1, 11070 Novi Beograd ili na e-mail prijava.dzo@wiener.co.rs.

NAPOMENA: Nepodnošenje ovog obrasca može prouzrokovati značajne troškove za osiguranika.

Mesto, datum

Za zdravstvenu ustanovu



Procena osiguravača

.....OSIGURAVAČ.....

Ukupno odobreni troškovi

Ugovorena participacija
osiguranika

Dodatna participacija
osiguranika

Komentar

A U T O R I Z A C I J A :

Na osnovu informacija navedenih u ovom obrascu i navedenih iznosa participacija, osiguravač ovim dokumentom daje autorizaciju navedenog tretmana i potvrđuje da će biti pokriven u skladu sa važećim uslovima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. U autorizaciji potrebnog tretmana osiguravač se oslanja na verodostojnost informacija datih od strane medicinske ustanove.

Svaka zloupotreba ili neistiniti iskaz činiće ovu autorizaciju nevažećom i ništavom.

Osiguravač zadržava pravo uvida u svu potrebnu medicinsku dokumentaciju, čije pribavljanje pada na teret osiguranika. Na osnovu ove autorizacije osiguravač prihvata nadoknadu troškova navedenoj medicinskoj ustanovi za navedeni tretman, u iznosu koji ne prelazi navedene ukupno odobrene troškove. Osiguravač će nadoknaditi troškove nakon dostavljanja kompletne dokumentacije, u roku propisanom uslovima osiguranja. Osiguravač prihvata činjenicu da iskazi navedeni u ovom obrascu mogu biti promenjeni na osnovu nepredviđenih okolnosti ili medicinskih komplikacija i pristaje da eventualne dodatne troškove takođe nadoknadi, a prema važećim uslovima osiguranja.

Mesto, datum

Za osiguravača