



ЦЕНТАР ЗА НАКНАДУ ШТЕТА _____ Полиса број _____
Организациона јединица _____ Штета број _____

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА ПУТНИЧКОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Име и презиме или назив уговарача осигурања који је закључио уговор о осигурању	1. _____ _____
2. Подаци о осигуранику: - Име и презиме - Адреса (поштански број, место, улица, број, улаз, стан) - Лични број - Контакт телефон - E-mail	2. _____ _____ _____ _____ _____
3. Дан, месец, година и земља настанка осигураног случаја	3. _____ _____
4. Медицинска дијагноза	4. _____ _____
5. Која здравствена услуга је извршена и услед чега	5. _____ _____

Овим изјављујем да сам на сва питања одговорио/ла истинито и потпуно.

У _____, дана _____ год.

(Потпис осигураника-уговарача)

ОБ-432