



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

**ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА
ДОБРОВОЉНОГ 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 - Број текућег рачуна - E-mail	2.
3. Подаци о законском заступнику мал. осигураника: - Име и презиме - Адреса (поштански број, место, улица, број, улаз, стан) - Контакт телефон - Број текућег рачуна - e-mail	3.
4. Дан, месец, година и место настанка осигураног случаја	4.
5. Медицинска дијагноза	5.
6. Која здравствена услуга је извршена и услед чега	6.

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

У _____, дана _____ год.

(Потпис осигураника-уговарача)

ОБ-582