

Broj štete: _____

Broj polise: _____

**PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA PO POLISI
PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA****1 Podaci o podnosiocu zahteva**

Broj polise _____	Period osiguranja: od _____	do _____
Ugovarač osiguranja (Ime i prezime/naziv) _____		JMBG/MB _____
Adresa ugovarača osiguranja: _____		
Osiguranik (Ime i prezime/naziv) _____		JMBG/MB _____
Adresa osiguranika: _____		
JMBG/Broj pasoša osiguranika: _____		/ _____
Kontakt: _____		mail: _____

2 Podaci o nastanku osiguranog slučaja

Osigurani slučaj je nastao dana _____	Mesto _____	Država _____
Datum izlaska iz R.Srbije: _____	Datum ulaska u R.Srbiju: _____	
Datum ulaska u zemlju destinacije putovanja _____	Datum izlaska iz zemlje destinacije putovanja _____	
Detaljan opis nastanka osiguranog slučaja _____		
Dijagnoza: _____		
Da li je ranije postojala slična povreda ili bolest _____		
Naziv zdravstvene ustanove: _____		

3 Instrukcije za plaćanje

Specifikacija troškova: _____	Ukupan iznos troškova: _____
Broj tekućeg računa: _____	
Ime i prezime/naziv vlasnika računa _____	JMBG(MB) _____
Molim da mi se rešenja i/ili dopisi dostave (označiti jednu od opcija)	
Putem mail-a <input type="checkbox"/>	Putem regularne pošte <input type="checkbox"/>

Pod punom krivičnom, moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da su svi dati podaci tačni, potpuni i istiniti. Potpisom na ovoj prijavi osiguranik/oštećenik/korisnik potvrđuje da je upoznat da će osiguravač njegove lične podatke koji su sadržani u ovoj prijavi, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima (u skladu sa zakonom) sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju.

Podnosilac zahteva

U _____ dana _____ 20 _____ god. _____

BR.LK. _____ SUP _____