



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