



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