



ДИРЕКЦИЈА ЗА НАКНАДУ ШТЕТА
Центар за накнаду штета _____

Штета број _____
Полиса број _____

**ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА
ТЕЖИХ БОЛЕСТИ И ХИРУРШКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА**

Уговарач осигурања _____ Матични број _____

Осигураник _____

Адреса _____

Матични број _____ Текући рачун _____

Телефон _____ E-mail _____

Подаци о осигураном случају:

Дан, месец и година настанка осигураног случаја	
Назив болести/хируршке интервенције	
Здравствена установа у којој је проведено лечење/извршена хируршка интервенција	
Да ли сте пре ове имали другу хируршку интервенцију и коју?	
Да ли имате здравствени картон (назив здравствене установе и лекара)?	

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

У _____, _____ године

Осигураник/овлашћено лице

ОБ-338
Уговарач осигурања _____

Матични број _____

Адреса _____



ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

Потврђујем да је _____ био у радном односу код ове организација дана _____ године, када је настао осигурани случај.

_____ је у овој организацији запослен/а на:

– одређено време од _____ до _____

– неодређено време, непрекидно од _____ .

Потврда се издаје искључиво ради регулисања накнаде трошкова на основу закљученог колективног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција према полиси број _____ код _____

_____.

За Уговарача осигурања

У _____, _____ год.

Печат и потпис овлашћеног лица

ОБ-338