



ДОПУНСКО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Пријава штетног догађаја

Уговарач осигурања:	
Полиса бр.:	Скаденца (период трајања осигурања):
Корисник осигурања – осигураник:	
Адреса:	
Премија по горњој полиси је плаћена до:	
Дана осигураник је оболио од:	
Обољели се лијечи код:	
Скреће се пажња уговарачу и осигуранику да се сва лљкарска документација чува и доставља осигуравачу уз одштетни захтјев, у складу са условима осигурања.	

У _____, дана _____ 20__ године.

Осигураник
