

Filijala _____

Porodično
osiguranje

Polisa br. _____

DZO

Šteta br. _____

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

UGOVARAČ: _____

IME PREZIME NOSIOCA OSIGURANJA: _____

1.	a) Ime i prezime osiguranika	a) _____
	b) Srodstvo sa nosiocem osiguranja	b) _____
	c) Adresa	c) _____
	d) Zanimanje	d) _____
	e) Datum i mesto rođenja	e) _____
	f) JMBG	f) _____
	g) Broj telefona korisnika	g) _____
	h) Naziv banke, broj žiro- računa, tekućeg računa ili štednog uloga	h) _____

A. HIRURŠKA INTERVENCIJA (OPERACIJA)

1. Datum kada je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____
2. Razlog hirurške intervencije (operacije) - dijagnoza	_____ _____ _____
3. Zdravstvena ustanova gde je izvršena hirurška intervencija (operacija)	_____ _____ _____
4. Ime i prezime lekara koji je izvršio hiruršku intervenciju (operaciju)	_____ _____ _____

Ovim izjavljujem, da sam na sva pitanja odgovorio ispravno (tačno, istinito i potpuno). Ovlašćujem lekare koji me leče kao i one koji su me ranije lečili da mogu pružiti sva obaveštenja koje osiguravač u vezi sa prijavljenim slučajem bude od njih zatražio.

U _____ dana ____ 20__ god.

(potpis korisnika osiguranja)