

ИЗЈАВА О ЗАВРШЕНОМ ЛИЈЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ

БРОЈ ПОЛИСЕ:

БРОЈ ШТЕТНОГ АКТА:

УГОВАРАЧ ОСИГУРАЊА:

БРОЈ ТЕЛЕФОНА:

ДАТУМ НЕЗГОДЕ:

. . 20

Изјављујем да је поводом несрећног случаја који се десио горе наведеног дана у потпуности завршено лијечење и рехабилитација.

Изјаву дајем у сврху рјешавања захтјева за накнаду штете везане за предметни несрећни случај код GRAWE осигурања а.д. Бања Лука.

(мјесто и датум)

М.П.

(потпис уговарача осигурања)