

**ИЗЈАВА О ЗАВРШЕНОМ ЛИЈЕЧЕЊУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈИ**

**БРОЈ ПОЛИСЕ:**

\_\_\_\_\_

**БРОЈ ШТЕТНОГ АКТА:**

\_\_\_\_\_

**УГОВАРАЧ ОСИГУРАЊА:**

\_\_\_\_\_

**ОСИГУРАНИК:**

\_\_\_\_\_

**БРОЈ ТЕЛЕФОНА:**

\_\_\_\_\_

**ДАТУМ НЕЗГОДЕ:**

. . 20

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

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)