

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА ПО ОСНОВУ ДОПУНСКО ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

За осигураника..... телефон.....

Адреса..... /ЈМБГ.....

Пасош број..... број полисе.....

Број жиро рачуна осигураника.....

1. Датум дешавања хируршке интервенције20.....у..... час.
2. Датум настанка тешке болести20.....у..... час.
3. Тачан опис:	
4. Обољели се лијечи код које здравствене установе	
5. Број текућег рачуна осигураника	

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

У..... дана.....20..... године.....

/Потпис осигураника/

ПОТВРДА РАДНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ:

Да је полисом бр..... осигуран радник..... по основу допунско здравственог осигурања од тежих болести и посљедица тежих болести и хируршке интервенције.

Платио премију за период трајања осигурања од20.... године до20.... године у износу одКМ дана.....20..... године.

У..... дана.....20..... године.....

/Потпис и печат/