

# PRIJAVA

## nesrećnog slučaja (hirurška intervencija, teže bolesti)

po polisi broj \_\_\_\_\_

### Podaci o ugovaraču osiguranja

Ugovarač osiguranja

Adresa (mesto, ulica i broj) telefon

### Podaci o osiguraniku

Prezime, ime i očevo ime

Adresa (mesto, ulica i broj)

Matični broj osiguranika

Datum i mesto rođenja

Zanimanje

Broj telefona osiguranika

### Hirurška intervencija (operacija)

Datum kada je izvršena hirurška  
intervencija (operacija)

Razlog hirurške intervencije (operacije)  
- dijagnoza

Zdravstvena ustanova gde je izvršena  
hirurška intervencija (operacija)

Ime i prezime lekara koji je izvršio  
hiruršku intervenciju (operaciju)

### Teže bolesti i posledice bolesti

Datum kada je nesporno utvrđena  
bolest koja se prijavljuje

Dijagnoza bolesti

Zdravstvena ustanova, ime i prezime  
lekara koji je postavio dijagnozu bolesti

Posledice prijavljene bolesti

### Izjava o načinu plaćanja štete

Tekući račun

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

potpis

## Potvrda pravnog lica osiguranika kod kolektivnog osiguranja

Potvrđuje se da je \_\_\_\_\_

naveden u prijavi kao osiguranik, u radnom odnosu kod ovog preduzeća - organizacije na:

1. neodređeno \_\_\_\_\_  
(zaokružiti odgovarajući broj)

2. određeno vreme

počev od \_\_\_\_\_ godine, kao i da je na dan dešavanja nesrećnog slučaja, odnosno \_\_\_\_\_

godine bio osiguran iz osnova ugovora o \_\_\_\_\_

po polisi broj \_\_\_\_\_ važećoj za period od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ godine.

Po navedenom ugovoru o osiguranju premija je plaćena u celosti u iznosu od \_\_\_\_\_ dinara

dana \_\_\_\_\_ odnosno plaća se u \_\_\_\_\_ rate, s tim što su do dana ove overe plaćene \_\_\_\_\_

rate u iznosu od \_\_\_\_\_ dinara.

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

potpis ovlašćenog lica  
i pečat preduzeća