



**КОМПАНИЈА
ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ**

ГЛАВНА ФИЛИЈАЛА _____
Организациони део _____

Полиса број _____
Штета број _____

**ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА
ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

1.Име и презиме или назив организације која је закључила уговор о осигурању	1. _____
2.Подаци о осигурању: -Име и презиме -Адреса (поштански број, место, улица, број, улаз, стан) -Лични број	2. _____ _____ _____
3.Дан, месец и година настанка осигураног случаја	3. _____
4.Назив болести	4. _____
5.Која хируршка интервенција је извршена и услед чега	5. _____
6.У којој здравственој установи сте лечени (спроведено лечење)	6. _____
7.У којој здравственој установи је извршена хируршка интервенција	7. _____
8.Да ли сте пре ове хируршке интервенције имали хируршку интервенцију и коју	8. _____
9.Да ли имате здравствени картон (наведите здравствену установу и лекара)	9. _____

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

У _____ 200__ год.

(Потпис осигураника-уговарача)



КОМПАНИЈА
ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВНА ФИЛИЈАЛА _____
Организациони део _____

ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

Потврђујем да је _____
осигуран за случај болести хируршких интервенција колективним
осигурањем наших запослених код Главне филијале
_____ по полиси број _____ био у
радном односу код ове организација дана _____
године, када је настао осигурани случај.

У _____ 20____ год.

Печат и потпис
овлашћеног лица