



**КОМПАНИЈА  
ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ а.д.о.**

ДИРЕКЦИЈА ЗА НАКНАДУ ШТЕТА

Штета број \_\_\_\_\_

Центар за накнаду штета \_\_\_\_\_

Полиса број \_\_\_\_\_

**ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА  
ТЕЖИХ БОЛЕСТИ И ХИРУРШКИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА**

Уговарач осигурања \_\_\_\_\_

Матични број \_\_\_\_\_

Осигураник \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Матични број \_\_\_\_\_ Текући рачун \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Подаци о осигураном случају:

Дан, месец и година настанка осигураног случаја	
Назив болести/хируршке интервенције	
Здравствена установа у којој је проведено лечење/извршена хируршка интервенција	
Да ли сте пре ове имали другу хируршку интервенцију и коју?	
Да ли имате здравствени картон (назив здравствене установе и лекара)?	

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

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_  
Осигураник /овлашћено лице

Уговарач осигурања \_\_\_\_\_

Матични број \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

### ПОТВРДА УГОВАРАЧА ОСИГУРАЊА

Потврђујем да је \_\_\_\_\_ био у радном односу код ове организација  
дана \_\_\_\_\_ године, када је настао осигурани случај.

\_\_\_\_\_ је у овој организацији запослен/а на:

- одређено време од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_
- неодређено време, непрекидно од \_\_\_\_\_ .

Потврда се издаје искључиво ради регулисања накнаде трошкова на основу закљученог  
колективног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких  
интервенција према полиси број \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

За Уговарача осигурања

У \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ године

\_\_\_\_\_  
Печат и потпис овлашћеног лица