



SARAJEVO OSIGURANJE dd.

**NEZGODA**

SARAJEVO OSIGURANJE d.d.  
Direkcija Društva

Podaci o osiguranju

Tarifa:  
Polica br:  
Važi od: do:

**MIŠLJENJE LJEKARA CENZORA**  
(DRUGOSTEPENO)

PODACI O OSIGURANIKU:

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ spol (zaokružite) M Ž  
Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_  
JMBG: \_\_\_\_\_  
Datum nesretnog slučaja: \_\_\_\_\_ dan \_\_\_\_\_ na poslu - van posla

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Medicinska dokumentacija iz doba povrede i liječenja:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dopunska medicinska dokumentacija:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AKONTACIJA

Odobrava se akontacija na bazi medicinske dokumentacije u iznosu od \_\_\_\_\_ % i slovima:  
\_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_ LJEKAR - CENZOR: \_\_\_\_\_

Pregled sa opisom povrede i posljedicama sa ocjenom:

TAČKA

PROCENAT

	TAČKA	PROCENAT

UKUPNO: \_\_\_\_\_

U Sarajevu, dne \_\_\_\_\_

Definitivna isplata sa oduzimanjem  
akontacije iznosi:

U prilogu medicinska dokumentacija:  
originalna                      fotokopija

LJEKAR - CENZOR: \_\_\_\_\_