



PRIJAVA I ODŠTETNI ZAHTJEV

IZ OSNOVA OSIGURANJA – *Putno zdravstveno osiguranje*

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime i ime/Ugovaratelj osiguranja*	
Adresa i telefon*	
E-mail adresa*	
JMB/ID broj*	
Broj police i period trajanja*	
Varijanta osiguranja*	
Broj tekućeg (žiro) računa i ime banke*	

2. PODACI O ŠTETNOM DOGAĐAJU

Država i mjesto nastanka osiguranog slučaja*	
Datum nastanka osiguranog slučaja*	

Detaljan opis osiguranog slučaja: *

Obavezna polja označena sa *

U prilogu prijave dostavljam:

- _____
- _____
- _____

Odštetna specifikacija prema priloženim dokumentima

Zahtijevani iznos za refundaciju	=	Valuta
----------------------------------	---	--------

Za tačnost podataka o osiguranom slučaju i drugih podataka navedenih u ovom zahtjevu, podnosilac odgovara materijalno i krivično, te tim slijedom snosi sve posljedice koje iz krivih navoda proisteknu.

Datum i mjesto prijave štete:

Potpis podnosioca zahtjeva

LK br. _____

Potpis ovlaštenog lica koji je zaprimio zahtjev:

Izdana u _____

U skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka, svi prikupljeni lični podaci u ovom obrascu neće biti upotrebljeni u bilo koje druge svrhe, osim za potrebe rješavanja predmetnog odštetnog zahtjeva. Podnosilac zahtjeva je saglasan da se njegovi lični podaci prikupe obrade u svrhu rješavanja odštetnog zahtjeva što potvrđuje svojim potpisom.