



SARAJEVO OSIGURANJE

**ZAHTJEV ZA NADOKNADU TROŠKOVA IZ OSNOVA  
PUTNIČKOG ZDRAVSTENOG OSIGURANJA**

BROJ PREDMETA /16	BROJ POLICE	VARIJANTA OSIGURANJA
----------------------	-------------	----------------------

UGOVARATELJ OSIGURANJA \_\_\_\_\_

PREZIME I IME OSIGURANE OSOBE \_\_\_\_\_

JMBG \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA UI: \_\_\_\_\_ Mjesto \_\_\_\_\_

DATUM NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA \_\_\_\_\_ KONTAKT TEL. \_\_\_\_\_

DRŽAVA I MJESTO NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**KRATAK OPIS OSIGURANOG DOGAĐAJA**

--

U prilogu zahtjeva dostavljam:

Ukupan iznos za refundaciju		Valuta
-----------------------------	--	--------

NAZIV BANKE NA KOJU ŽELITE DA VAM SE NOVAC UPLATI \_\_\_\_\_

TRANSAKCIJSKI BROJ BANKE \_\_\_\_\_

PODRAČUN / PARTIJA \_\_\_\_\_

KORISNIK \_\_\_\_\_

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

U \_\_\_\_\_ DANA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_