



SARAJEVO - OSIGURANJE d.d.

Služba životnih osiguranja

Putničko zdravstveno osiguranje

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

BROJ PREDMETA /12	BROJ POLICE	VARIJANTA OSIGURANJA
----------------------	-------------	----------------------

UGOVARATELJ OSIGURANJA _____

PREZIME I IME OSIGURANE OSOBE _____

JMBG _____

ADRESA STANOVANJA UI: _____ Mjesto _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____ KONTAKT TEL. _____

DRŽAVA I MJESTO NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA _____ / _____

KRATAK OPIS OSIGURANOG DOGAĐAJA

NAZIV BANKE NA KOJU ŽELITE DA VAM SE NOVAC UPLATI _____

TRANSAKCIJSKI BROJ BANKE _____

PODRAČUN / PARTIJA _____

KORISNIK _____

PODNOŠILAC ZAHTJEVA

U _____ DANA _____