



SARAJEVO OSIGURANJE

**ZAHTJEV ZA NADOKNADU TROŠKOVA IZ OSNOVA
PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG 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 _____