

ZAHTJEV ZA NAKNADU TROŠKOVA IZ OSNOVA PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Polica br. _____

UGOVARATELJ OSIGURANJA

1. Prezime, očevo ime i ime osiguranika	
Adresa i broj pošte	
Zanimanje	
JMBG	
2. Država, mjesto i datum nezgode (bolesti)	
3. Opis kako je do osiguranog slučaja došlo	
4. Dijagnoza	
5. Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
6. Da li su plaćeni računi za medicinske usluge (priložiti dokaz)?	
7. Hospitalizacija (da/ne)	
8. Da li je po prijavljenom slučaju sačinjen policijski zapisnik o uviđaju i od strane kojeg organa (priložiti dokaz ako imate)?	
9. Da li je o ovom slučaju obaviješten MERCUR ASSISTANCE (Njemačka) i kada?	
10. Prilozi:	

Ovim izjavljujem da su moji odgovori na sva pitanja točni, istiniti i potpuni.

U _____ 20 _____ godine

(podnositelj zahtjeva i br. lične karte)



**ZAHTEJEV ZA NAKNADU TROŠKOVA IZ OSNOVA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Polica br. _____

UGOVARATELJ OSIGURANJA

1. Prezime, očevo ime i ime osiguranika	
Adresa i broj pošte	
Zanimanje	
JMBG	
2. Država, mjesto i datum nezgode (bolesti)	
3. Opis kako je do osiguranog slučaja došlo	
4. Dijagnoza	
5. Koja zdravstvena ustanova je pružila prvu pomoć?	
6. U kojoj zdravstvenoj ustanovi je nastvaljeno liječenje?	
7. Hospitalizacija (da/ne)	
8. Da li je po prijavljenom slučaju vođena istraga i koji je organ istragu vodio?	
9. Prilozi:	

Ovim izjavljujem da su moji odgovori na sva pitanja točni, istiniti i potpuni.

U _____ 20 _____ godine

(podnositelj zahtjeva i br. lične karte)