



Datum: 12.08.2019

BROJ ODŠTETNOG ZAHTEVA	
BROJ POLISE	
ORG. JEDINICA	

Prezime i ime:	JMBG:
Datum rođenja:	Mesto rođenja:
Adresa:	Mesto stanovanja:
Poštanskibroj:	Email:
Mobilni:	Zanimanje:
Tekućiračunosiguranika:	Brojličnekarte:

Datum nastankanezgode:	Mesto nastankanezgode:
Adresanastankanezgode:	Da li je pre nesrećnogslučajakorisnikbolovaoodtežebolestiiliimatelesnooštećenje:
Opisnezgode:	
Tačanopispovreda:	
Da li je povređeni pre nesrećnogslučajakonzumiraoalkohol:	Da li je povređeni pre nesrećnogslučajakonzumiraoopijate:
Da li je povređeniusledzadobijenihpovredaumro:	Da li je povređeni pre nesrećnogslučaja bio potpunozdrav:
Opisranijepretrpljenetežebolesti / telesnepovrede:	

Ime I prezimelekara:	
Naziv ambulante:	Naziv bolnice:

**ODŠTETNI ZAHTEV****Q.Z.19.01****-prijavanezgode-****Izdanje:01****Datum: 12.08.2019****POTVRDA UGOVARAČA OSIGURANJA**

Ovim potvrđujemo da je _____ sastanom u ulici _____
Učenik/Zaposleni je osiguran od posledica nesrećnog slučaja kod AMS Osiguranja d.o. iz Beograda po polis broju _____ i upisan pod rednim brojem _____ u spisak osiguranika, a od istog je naplaćen premija za 20___/20___ godinu, a koja se uplaćuje kako je polisom ugovoreno.

U _____, dana ___ 20___. godine

M.P. _____

(potpis osiguranika ili korisnika)
(odgovorno lice)