

**Zahtev za isplatu osigurane sume za slučaj privremene sprečenosti
usled loma kostiju**

Broj polise (ukoliko je zaključeno više njih, navesti brojeve)		
Ugovarač osiguranja		
Ime i prezime		
Osiguranik		
Ime i prezime		
JMBG		
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, kućni broj)		
Broj telefona		
E-mail adresa		
Zanimanje (u trenutku nastanka osiguranog slučaja)		
Opis nastanka osiguranog slučaja		
Datum nastanka osiguranog slučaja (dan, mesec, godina)		
Uzrok i okolnosti nastanka osiguranog slučaja		
Naziv i adresa zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima otvoren zdravstveni karton		
Popis dokumenata koje je potrebno dostaviti uz Zahtev		
1. Fotokopija polise		
2. Fotokopija medicinske dokumentacije sa izveštajem lekara u kome su navedni simptomi, dijagnoza, istorija, uzrok nastanka osiguranog slučaja, korišćeni tretmani, prognoze i ograničenja		
3. Fotokopija lične karte osiguranika		
Zaokružiti broj ispred dokumenta koji je dostavljen.		
Napomena: Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu medicinsku dokumentaciju i/ili lekarske preglede u cilju rešavanja Zahteva		
Svojstvo podnosioca Zahteva (zaokružiti)		
1. Osiguranik	2. Punomoćnik (advokat) osiguranika	3. Ostalo
Podnosilac zahteva (popuniti podatke u slučaju da podnosilac zahteva nije ista osoba kao i osiguranik)		
Ime i prezime		
JMBG		
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, kućni broj)		
Broj telefona		
E-mail adresa		

Izjavljujem pod krivičnom i materijalnom odgovornošću da sam na sva pitanja odgovorio potpuno i istinito. Ovlašćujem lekare koji su lečili osiguranika, odnosno organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, da mogu dati sve podatke koje traži Societe Generale Osiguranje a.d.o. Beograd.

Saglasan sam da mi se informacije o rešavanju Zahteva mogu dostavljati putem SMS-a/email-a na broj telefona i e-mail adresu dostavljenu u ovom Zahtevu, a što potvrđujem svojeručnim potpisom.

U _____ dana _____

(potpis Podnosioca Zahteva)