

Zahtev za nadoknadu troškova lekarskog pregleda

Broj polise	
Ugovarač osiguranja	
Ime i prezime	
Osiguranik	
Ime i prezime	
JMBG	
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, kućni broj)	
Broj telefona	
E-mail adresa	
Podaci o lekarskom pregledu	
Naziv medicinske ustanove u kojoj je obavljen lekarski pregled	
Datum pregleda	
Vrsta pregleda	
Trošak pregleda (iznos sa fiskalnog računa)	
Popis dokumenata koje je potrebno dostaviti uz Zahtev	
1. Fotokopija lične karte osiguranika	
2. Fotokopija kartice dinarskog računa osiguranika	
3. Fotokopija fiskalnog računa	
Zaokružiti broj ispred dokumenta koji je dostavljen.	

Popunjen Zahtev za nadoknadu i prpratnu dokumentaciju dostaviti bilo kojoj ekspozituri zastupnika u osiguranju Societe Generale Banke a.d. Beograd ili poslati poštom na adresu Societe Generale Osiguranja a.d.o. Beograd.

U _____ dana _____

(potpis Podnosioca Zahteva)