

**Zahtev za isplatu osigurane sume za slučaj potpunog trajnog  
invaliditeta**

Broj polise (ukoliko je zaključeno više njih, navesti brojeve)	
<b>Ugovarač osiguranja</b>	
Ime i prezime (naziv)	
<b>Osiguranik</b>	
Ime i prezime	
JMBG	
Adresa (poštanski broj, mesto, ulica, kućni broj)	
Broj telefona	
E-mail adresa	
Zanimanje (u trenutku nastanka osiguranog slučaja)	
<b>Korisnik osiguranja</b>	
Ime i prezime (naziv)	
<b>Opis nastanka osiguranog slučaja</b>	
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	
<b>Popis dokumenata koje je potrebno dostaviti uz Zahtev</b>	
1. Fotokopija polise	
2. Fotokopija lične karte osiguranika	
3. Potvrda iz Republičkog fonda za penziona i invalidsko osiguranje o postojanju i stepenu invalidnosti	
4. Fotokopija medicinske dokumentacije sa izveštajem lekara u kome su navedni simptomi, dijagnoza, istorija, uzrok nastanka osiguranog slučaja, korišćeni tretmani, prognoze i ograničenja	
5. Ostala odgovarajuća dokumentacija potrebna radi utvrđivanja prava iz osiguranja (Zapisnik MUP-a, fotokopija zdravstvenog kartona, itd.)	
Zaokružiti broj ispred dokumenta koji je dostavljen.	
Napomena: Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu medicinsku dokumentaciju i/ili lekarske preglede u cilju rešavanja Zahteva	
<b>Podnosilac Zahteva</b>	

Izjavljujem pod krivičnom i materijalnom odgovornošću da sam na sva pitanja odgovorio potpuno i istinito.

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

U \_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis Podnosioca Zahteva)