



AMS OSIGURANJE A.D.O.
Beograd
Ruzveltova 16-18

ZAHTEV

ZA POVRAĆAJ SREDSTAVA PO OSNOVU
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU SA ASISTENCIJOM

Molim Vas da izvršite povraćaj sredstava koje sam uplatio-la na ime premije za Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme putovanja i boravka u inostranstvu sa asistencijom po polisi broj _____ iz sledećih razloga:

1. Nedobijanje vize:
2. Teže bolesti osiguranika zbog koje nije sposoban za putovanje, a koja za posledicu ima hospitalizaciju osiguranika
3. Smrt osiguranika ili člana uže ili šire porodice (bračni drug, deca, roditelji, rođena braća i sestre)
4. Sudski poziv
5. Ostalo _____

Uz ovaj zahtev prilažem sledeća dokumenta:

1. Original primerak polise ili fotokopiju polise ukoliko je u pitanju razlika u premiji;
2. Sva ostala dokumenta kojima se dokazuje opravdanost povraćaja sredstava, a koja zahteva Osiguravač.

IZJAVA PODNOSIOCA ZAHTEVA

Izjavljujem da sam saglasan da mi se novac isplati na:

1. Tekući račun broj: _____
Poslovna banka: _____
Ime i prezime vlasnika računa: _____
2. Ostalo: _____

U _____ dana _____ 200__ godine.

Potpis podnosioca zahteva

Važeća adresa, kontakt telefon

Broj lične karte ili pasoša

Ovlašćeno lice AMS OSIGURANJA A.D.O. potvrđuje:

1. Da je primilo dokumentaciju i uvidom u putna dokumenta (pasoš) konstatovao da nije dobijena viza
2. Da je izvršio isplatu podnosiocu zahteva u iznosu od _____ dinara.

Potpis ovlašćenog lica
AMS OSIGURANJE A.D.O.