

Broj polise	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj štete	Broj polise	Broj isprave
Ugovarač osiguranja	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Prezime, ime / naziv pravnog lica		Broj telefona
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pošanski broj	Mjesto, ulica i broj	
Osiguranik	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Prezime, ime		Matični broj
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pošanski broj	Mjesto, ulica i broj	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	E-mail	Broj telefona
	<input type="text"/>		
	U kojoj organizaciji je zaposlen, odnosno član		
	<input type="text"/>		
	Koje poslove obavlja u toj organizaciji (tačan opis radnog mesta)		

Podaci o osiguranom slučaju

Datum nastanka osiguranog slučaja

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dan			mjesec			godina			

U kojoj zdravstvenoj ustanovi ste se liječili zbog ovog osiguranog slučaja?

Molimo navedite uzrok nastanka osiguranog slučaja:

Molimo navedite dijagnozu:

Iznos ukupnih troškova:

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno.

Izjavljujem da sam saglasan da Osiguravač - UNIQA neživotno osiguranje a.d. - u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko ocijeni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija od trećih lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (zdravstveni karton, izvještaji specijalističkih ordinacija, kartoni - istorija bolesti u bolničkim ustanovama i slično).

U _____, dana _____ godine.

Odštetu isplatiti na račun _____, kod _____
(Broj tekućeg računa) (Naziv banke)

Potpis Osiguranika -
korisnika osiguranja

Potvrda poslodavca (samo u slučaju kolektivnog osiguranja)

1. _____ je zaposlen kod poslodavca neprekidno od _____ god.
(Ime i prezime radnika)

Zaposleni obavlja poslove _____
(zanimanje)

2. Do dana prijave osiguranog slučaja nije dao izjavu da ne želi biti osiguran.

3. Osiguran je polisom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: _____

4. Do dana nastanka osiguranog slučaja, premija je plaćena za mjesec _____ u iznosu od EUR.

_____, odnosno za ukupan broj osiguranih članova u ukupnom iznosu EUR. _____
EUR.

Pravilnost i istinitost navedenih podataka potvrđuje Ugovarač osiguranja.

U _____, dana _____ godine.

Žig i potpis Ugovarača osiguranja

Potrebna dokumentacija:

1. Obrazac prijave osiguranog slučaja
2. Medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom
3. Propisan recept za lijekove / pomagala
4. Original račun za medicinske usluge
5. Fotokopija isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
6. Fotokopija lične karte
7. Fotokopija tekućeg računa osiguranika - korisnika osiguranja

Napomena: Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača osiguranja ili bilo kog pravnog ili fizičkog lica traži dodatnu dokumentaciju.