



UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.
Milutina Milankovića 134 G, 11070 Beograd
tel. (011) 20 24 100, faks (011) 20 24 174
E-mail: meduniqainfo.stete@uniqa.rs, www.uniqa.rs

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Prijava
osiguranog
slučaja

Broj polise

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj štete	Broj polise	Broj isprave

Ugovarač osiguranja

(Ako je Ugovarač fizičko lice i
Osiguranik maloletno lice,
ime i prezime jednog od
roditelja Osiguranika)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prezime, ime / naziv pravnog lica		Broj telefona
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pošanski broj	Mesto, ulica i broj	

Osiguranik

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prezime, ime		Matični broj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pošanski broj	Mesto, ulica i broj	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zanimanje (u trenutku nastanka osiguranog slučaja)*	E-mail (obavezno popuniti)	Broj telefona (fiksni ili mobilni)
*Obavezno je popuniti ovo polje.		
<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"/>
dan	mesec	godina

Molimo navedite u kojoj zdravstvenoj ustanovi ste se lečili povodom ovog osiguranog slučaja, koji je uzrok nastanka osiguranog slučaja i koja je dijagnoza.

Ukupan iznos troškova:

Potrebna dokumentacija:

1. Obrazac prijave osiguranog slučaja
2. Medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom
3. Propisan recept za lekove / pomagala
4. Original račun za medicinske usluge
5. Fotokopija lične karte Osiguranika
6. Fotokopija dinarskog tekućeg računa osiguranika - korisnika osiguranja

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno.

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

U _____, dana _____ godine.

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

Ime i prezime korisnika osiguranja

Potpis Osiguranika - korisnika osiguranja