



Osiguranje nove generacije.

UNIQA neživotno osiguranje a.d.  
Bul. Sv. Petra Cetinjskog 1a/IV, 81000 Podgorica  
Tel: +382 20 444 700; Faks: +382 20 244 340  
GSM: +382 67 201 449; E-mail: info@uniqa.me  
Internet: www.uniqa.me

## 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

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

### Osiguranik

<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Prezime, ime		Matični broj			
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Poštanski broj	Mjesto, ulica i broj				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)					
<input type="text"/>					

## 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.**