



UNIQA osiguranje d.d.
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
OIB: 75665455333
e-mail: prijava.stete@uniqa.hr

Osiguranje od nezgode

Broj police (obvezno navesti)

Prijava nezgode

Ugovaratelj osiguranja

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prezime, ime / naziv tvrtke		OIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Poštanski broj	Mjesto, ulica i kućni broj	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-mail		Broj telefona/mobitela

Osiguranik (osoba koja je pretrpjela nezgodu)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prezime, ime / naziv tvrtke		Datum rođenja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Poštanski broj	Mjesto, ulica i kućni broj	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Zanimanje (u trenutku nastanka nezgode)		OIB
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-mail		Broj telefona/mobitela

Opći podaci o nezgodi (molimo, navedite točne, detaljne podatke)

Podaci o nezgodi	Datum	Vrijeme nezgode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mjesto nezgode	<input type="text"/>	

Detaljan opis nezgode

Je li osiguranik sam uzrokovao nezgodu?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Nezgodu na radu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Ima li ozlijeđeni obvezno zdravstveno osiguranje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → Kod kojeg Zavoda za zdr. osiguranje? Navesti ime i prezime liječnika opće prakse i adresu ustanove u kojoj radi.
Ima li osiguranik kod drugih osiguratelja ugovor o osiguranju od nezgode?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → Ako da, navesti drugog/druge osiguratelje i broj police.
Je li izvršen očevid na mjestu nezgode odnosno kojoj je policijskoj upravi prijavljena nezgoda?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.
Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti.

Punomoć osiguratelju i izjava za isplatu naknade

Ovlašćujem liječnike i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili sam se liječio, kao i nositelje privatnog ili obveznog osiguranja, da UNIQA osiguranju d.d. Zagreb daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (liječničke nalaze, povijesti bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih obveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem UNIQA osiguranje d.d. Zagreb da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP, sudovi, inspektorati liječnike ordinacije i sl.) traži i ima pravo uvida u dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi sa prijavljenom nezgodom.

Naknadu isplatite na račun broj _____

Ime i prezime vlasnika računa (OIB) _____

Kod banke (navesti banku i žiro račun banke) _____

Poznato mi je da UNIQA osiguranje d.d. poštuje privatnost i sigurnost osobnih podataka, kao i da prikupljanje, korištenje i obradu podataka provodi u posebne, izričite i zakonite svrhe uz poštivanje svih načela i zakonskih propisa obrade podataka kako je navedeno u Informacijama o obradi podataka na www.uniqa.hr.

Upoznat sam sa svojim pravom zatražiti UNIQA osiguranje da mi navedeni dokument dostavi putem pošte ili e-mail adrese.

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja u ovom obrascu odgovorio potpuno i istinito i da je potpis valjan.

Mjesto i datum

Potpis ozlijeđene osobe (osiguranika)

Potpis ugovaratelja osiguranja

Odgovarajuće označite

Grupna osiguranja

Potvrda ugovaratelja osiguranja

Naziv

Adresa

Broj telefona

Izjava za djelatnika, učenika, studenta

Prezime, ime (djelatnik, učenik, student)

Datum rođenja

Zaposlen kod (u trenutku nastanka nezgode)

Polica broj

Vrijedi od

Vrijedi do

Iznos premije

Plaćena dana

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe

Izjava za člana obitelji

Prezime, ime

Član obitelji (srodstvo)

Datum rođenja

Polica broj

Vrijedi od

Vrijedi do

Iznos premije

Plaćena dana

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe

Izjava za člana kluba/društva

Prezime, ime

Datum rođenja

Klub/društvo

Polica broj

Vrijedi od

Vrijedi do

Iznos premije

Plaćena dana

Ako osigurani član ima ugovor (profesionalni, poluprofesionalni i sl.) s klubom navedite broj ugovora _____ ili priložite fotokopiju.

Mjesto i datum

Žig i potpis odgovorne osobe

Popis potrebnih dokumenata uz prijavu nesretnog slučaja

- polica osiguranja
- medicinska dokumentacija o liječenju
- dokaz o načinu nastanka nesretnog slučaja (ovjerene izjave očevidaca, zapisnik o uviđaju, rješenje suca za prekršaje, presuda i sl.)
- ukoliko je do nesretnog slučaja došlo prilikom upravljanja vozilom za koje je potrebna dozvola, donijeti dozvolu ili ovjerenu fotokopiju na uvid.

Mjesto i datum

Potpis i pečat mjerodavnog liječnika

X Odgovarajuće označite