

## Broj polise

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj polise	Broj štete (ako je poznat)

## 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 kućni broj

## Osiguranik (osoba koja je pretrpjela nezgodu)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prezime, ime i matični broj	Datum rođenja
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pošanski broj	Mjesto, ulica i kućni broj
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zanimanje (u trenutku nastanka nezgode)	Broj telefona
<input type="text"/>	
Sporedno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivreda i dr.)	

## Opšti podaci o nezgodi (molimo, navedite tačne, detaljne podatke)

Podaci o nezgodi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Vrijeme nezgode
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 povrijeđeni obavezno zdravstveno osiguranje? <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Kod kog Zavoda za zdr. osiguranje? Navedi ime i prezime ljekara opšte prakse i adresu ustanove u kojoj radi.
Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o osiguranju od nezgode? <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Ako da navedi drugog / druge osiguravače i broj polise.
Je li izvršen uviđaj na licu mjesta nezgode, odnosno kom MUP-u je prijavljena nezgoda? <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Naziv policijske stanice MUP-a ili druge ustanove
Da li je osiguranik u posljednjih 12 sati prije nezgode konzumirao alkohol/narkotike? <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Koji? U kojoj količini?
Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti.

## U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke

	vozilo koje je uzrokovalo nezgodu	vozilo drugog učesnika u nezgodi
Registarski broj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ime i prezime vozača	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vozačka dozvola važi do	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Navedi osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Punomoć osiguravaču i izjava za isplatu naknade

Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili sam se liječio, kao i nosioce privatnog ili obaveznog osiguranja, da UNIQA NEŽIVOTNOM OSIGURANJU a.d. Pogdorica daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (Ljekarske nalaze, istoriju bolesti, otpusne liste i sl.) i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem UNIQA NEŽIVOTNO OSIGURANJE a.d. Pogdorica da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP i sl.) traži i ima pravo uvida u dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u vezi sa prijavljenom nezgodom.

Naknadu isplatite na račun broj \_\_\_\_\_

Ime i prezime vlasnika računa \_\_\_\_\_

Kod banke (navesti banku i žiro račun banke) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis povrijeđene osobe (osiguranika)

\_\_\_\_\_  
Potpis ugovarača osiguranja

### Podaci o liječenju (popunjavanje ljekar)

Kada je zbog povreda u nezgodi pružena prva ljekarska pomoć?	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara
--	---

### Posljedice nezgode

Molimo navedite tačne podatke o pretrpljenim povredama (navedite dijagnozu)	
---	--

Trajanje nesposobnosti za rad - bolovanja	
<input type="checkbox"/> Potpuna (100%-tna) nesposobnost za rad →	od _____ do _____
<input type="checkbox"/> Djelimična →	od _____ do _____

Da li je povrijeđena osoba bila na bolničkom liječenju? <input type="checkbox"/> da → <input type="checkbox"/> ne	Naziv bolnice ili druge ustanove, trajanje liječenja
---	--

Ima li nezgoda kao posljedicu trajnu invalidnost? <input type="checkbox"/> da → <input type="checkbox"/> moguće → <input type="checkbox"/> ne	Detaljan opis, dijagnoza i procenat trajne invalidnosti
---	---

### Bolesti i oštećenja prije nezgode

Navedi bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je povrijeđena osoba imala prije nezgode, a posebno: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tela, amputacije, povrede ili bolesti kičme, meniskus, bolesti srca, dijabetes, zavisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl. <input type="checkbox"/> da → <input type="checkbox"/> ne	
---	--

Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali uticaja u nastanku nezgode i posljedicama nezgode? <input type="checkbox"/> da → <input type="checkbox"/> moguće → <input type="checkbox"/> ne	Ako da u kojem smislu i mjeri?
---	--------------------------------

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
vozilo koje je uzrokovalo nezgodu  
Potpis i pečat mjerodavnog ljekara

\_\_\_\_\_  
vozilo drugog sudionika u nezgodi