

Prijava	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj štete	Organizacijska jedinica
Polisa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dobrovoljno zdravstveno osiguranje
	Broj polise	<input type="checkbox"/> Dnevna naknada za boravak u bolnici
Ugovarač osiguranja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime / Naziv firme	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	
Osiguranik	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime i ime	JMBG
	<input type="text"/>	
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	Broj telefona / Fax

Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input type="checkbox"/> specijalistički pregledi	<input type="checkbox"/> fizioterapija
	<input type="checkbox"/> dijagnostički postupci	<input type="checkbox"/> bolnički dani u zemlji
	<input type="checkbox"/> lijekovi	<input type="checkbox"/> bolnički dani u inozemstvu
	<input type="checkbox"/> medicinska pomagala	<input type="checkbox"/> boravak u rehabilitacionom centru
	<input type="checkbox"/> psihoterapija	<input type="checkbox"/> porod

Kada je nastupio osigurani slučaj?	Datum <input type="text"/>	Vrijeme <input type="text"/>
------------------------------------	----------------------------	------------------------------

Mjesto	<input type="text"/>
--------	----------------------

Detaljan opis događaja	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Podaci o očevicima događaja (imena, adrese i sl.)	<input type="text"/>
---	----------------------

Da li je osigurani slučaj prijavljivan nadležnom organu, te ako jeste kojem?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="text"/>
--	--	----------------------

Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime specijaliste porodične medicine/ljekara opće prakse.
---	--	---

Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, navesti drugog/druge osiguravača/e.
---	--	---

Da li je osiguranik već prijavljivao neki drugi osigurani slučaj po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih vrsta osiguranja kod UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, kada i po kojem osnovu?
---	--	---------------------------------

Da li je osigurana osoba u vrijeme događaja bila pod uticajem alkohola/narkotika?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, kojeg i u kojoj količini?
---	--	-----------------------------------

Podaci o boravku u bolnici/rehabilitacionom centru

Datum prijema i odlaska iz bolnice	Datum prijema <input type="text"/>	Datum odlaska <input type="text"/>
Datum prijema i odlaska iz rehabilitacionog centra	Datum prijema <input type="text"/>	Datum odlaska <input type="text"/>
Razlog boravka <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> porod <input type="checkbox"/> nezgoda	Ime ljekara, dijagnoza.	
Ako je razlog boravka u bolnici porod navesti datum poroda i broj djece.		
Naziv ustanove, mjesto, država		

Podaci o liječenju

Koja vrsta liječenja/pretraga/tretmana je provedena?	
Molimo Vas navedite naziv ustanove i ljekara koji je ustanovio medicinsku indicaciju/obavio prvi pregled.	

Kupovina lijekova/pomagala

Koji lijek/pomagalo je kupljeno?	Navesti naziv lijeka/vrstu pomagala.
Da li je isti/isto prije korišten/o?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Ako su u pitanju dioptrijske naočale/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko?	

Prethodne bolesti i/ili tjelesna oštećenja

Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, povrede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost 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 udjela u nastanku osiguranog slučaja? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> moguće <input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kojem smislu i obimu?

Punomoć Osiguravaču

Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, kao nosioce privatnog ili obaveznog zdravstvenog osiguranja, da UNIQA Osiguranju d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijest bolesti, otpusna pisma i sl.) te ih oslobađam obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP, sudovi i sl.) traži i ima pravo uvida u dokumentaciju i sadržaj u spisima koji se vode kod tih subjekata u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

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

Mjesto i datum

Potpis korisnika osiguranja