

Polisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj štete (ako je poznat)	Broj polise
Ugovarač osiguranja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime / naziv pravnog lica	Broj telefona
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poštanski broj Mesto, ulica i kućni broj	
Osiguranik (osoba koja je pretrpela nezgodu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime	Matični broj
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poštanski broj Mesto, ulica i kućni broj	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje (u trenutku nastanka osiguranog slučaja)* *Obavezno je popuniti ovo polje.	Broj telefona

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

Podaci o nezgodi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Vreme nezgode
Mesto nezgode	<input type="text"/>	

Detaljan opis nezgode

Je li osiguranik sam uzrokovao nezgodu?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Nezgodna na radu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Je li izvršen uvidaj na licu mesta nezgode, odnosno kom MUP-u je prijavljena nezgoda?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → Naziv policijske stanice MUP-a ili druge ustanove
Da li je osiguranik u poslednjih 12 sati pre nezgode konzumirao alkohol/narkotike?	<input type="checkbox"/> da <input 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 je priložiti.
Imena i adrese očevidaca nesrećnog slučaja:	→ <input type="text"/>
Gde ste se lečili zbog ovog nesrećnog slučaja? Navedite u kojoj ambulanti, zdravstvenom centru, bolnici, odnosno poliklinici.	→ <input type="text"/>
Do kog dana ste bili nesposobni za rad?	→ <input type="text"/>
Da li se prema mišljenju lekara mogu očekivati trajne posledice i kakve?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → <input type="text"/>
Da li ste pre ovog nesrećnog slučaja imali neku telesnu manu, nedostatak ili invaliditet vida (kratkovidnost, dalekovidnost, slab vid i sl.), sluha, ruku ili nogu, nerava, i drugim organima?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → Od kada i u kom obliku?

Da li ste već ranije imali sličnu povredu kao u ovom nesrećnom slučaju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Koje i kakve posledice su vam ostale?
Da li imate proširene vene, šećernu bolest, reumatična oboljenja, epilepsiju, oboljenje disajnih organa, srca i krvnih sudova, operativno nepopravljivu kilu?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Od kada i u kom obliku?
Da li ste se i kada lečili zbog alkoholizma?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

U slučaju saobraćajne nezgode navedite sledeće podatke

Prezime i ime osiguranika (vozača): _____

Broj vozačke dozvole _____, kategorija _____, datum izdavanja _____, važi do _____

i izdata je od _____

Broj saobraćajne dozvole: _____, i važi do _____

Podaci o ostalim učesnicima u saobraćajnoj nesreći:

Potvrda preduzeća (za kolektivno osiguranje):

1. _____ je član našeg preduzeća neprekidno od _____ god.

Na dan nesrećnog slučaja bio je zaposlen kao _____ (zanimanje) te je obavljao sledeće poslove: _____ (tačan opis)

2. Do dana nesrećnog slučaja nije dao izjavu da ne želi da bude osiguran.

3. Osiguranik je polisom osiguranja od posledica nesrećnog slučaja broj: _____

4. Pre dana nastanka nesrećnog slučaja premija je plaćena za mesec _____ u iznosu od dinara _____, odnosno za ukupan broj osiguranih članova u ukupnom iznosu din. _____

Punomoć osiguravaču i izjava za isplatu naknade

Ovlašćujem lekare i zdravstvene ustanove kod kojih se lečim ili sam se lečio, kao i nosioce privatnog ili obaveznog osiguranja, da UNIQA neživotnom osiguranju a.d.o. Beograd daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i lečenje (lekarske nalaze, istoriju bolesti, otpusne liste i sl.) i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP i sl.) traži i ima pravo na uvid 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.

Mesto i datum

Potpis povredene osobe (osiguranika)

Žig i potpis Ugovarača osiguranja