



UNIQA osiguranje d.d.
Planinska 13A, 10 000 Zagreb
tel. (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
OIB: 7566545333
e-mail: info@uniqa.hr

Obrazac za prijavu osiguranog slučaja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

DZO

Ugovaratelj osiguranja

Prezime, ime / naziv tvrtke		Broj telefona
Poštanski broj	Mjesto, ulica i kućni broj	OIB

Osigurana osoba

Prezime, ime / naziv tvrtke		
Datum rođenja	OIB	
Ulica i kućni broj	Poštanski broj	Mjesto
E-mail	Broj telefona/faksa	

Prijava troškova

☐ Dodatnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja	☐ Dnevne naknade za boravak u bolnici
---	--

Podaci o polici:

Broj police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
Naziv programa / paketa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Specifikacija plaćenih zdravstvenih usluga (npr. participacije i doplate iz obveznog zdrav. osig.)

Broj računa	Ustanova izdavanja	Vrsta zdravstvene usluge/troškova	Datum nastanka usluge	Iznos usluge / kn
Ukupan iznos troškova:				

Podaci o boravku u bolnici

Datum prijema u bolnicu	Datum odlaska iz bolnice
Razlog boravka u bolnici: ☐ bolest	☐ nezgda ☐ porod
Ako je uzrok boravka u bolnici bolest - navesti bolest /nezgda - opisati događaj i posljedice	

Uplatu izvršiti na račun

Naziv banke i IBAN vašeg računa

Popis potrebnih dokumenata:

Za prijavu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja molimo dostaviti **original računa** i **kopiju cjelokupne medicinske dokumentacije**.
Za prijavu boravka u bolnici molimo dostaviti otpusno pismo. Kod nastupa nesretnog slučaja priložiti i **zapisnik o očevidu** i **zapisnik o alkotestiranju**, ako je sastavljen.

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio/la točno, istinito i potpuno. Ovlašćujem liječnike koji me liječe, kao i one koji su me ranije liječili, kao i nositelje dobrovoljnog i obveznog zdravstvenog osiguranja da mogu pružiti sva izvješća koja osiguravatelj u svezi s prijavljenim slučajem bude od njih tražio te ih oslobađa čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem osiguratelja da od svih držvanih organa, ustanova, sudova traži i ima pravo uvida u dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi s prijavljenim nesretnim slučajem.

Datum, mjesto

Potpis osiguranika / Podnosioca prijave

☒ Odgovarajuće označite