



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

Prijava osiguranog slučaja korisnika Visa kartica izdavatelja PBZ Card

Putno osiguranje

PBZ Visa kartice

		☐	Osnovni korisnik Visa kartice	☐	Dodatni korisnik Visa kartice
Broj PBZ Visa kartice	Vrsta Visa kartice (npr. Premium Visa Infinite; Premium Visa Platinum; Visa Business Platinum i dr.)				

Osigurana osoba

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

Opći podaci o osiguranom slučaju (molimo, navedite točne, detaljne podatke)

Datum i vrijeme nastanka osiguranog slučaja		
Mjesto nastanka osiguranog slučaja		

Jeste li kontaktirali Europ Assistance? ☐ da ☐ ne Jeste li podmirili račun za liječenje? ☐ da ☐ ne

Označite pokrića po kojima se dogodio osiguran slučaj (uz popis potrebne dokumentacije za isplatu)

- ☐ **Putno zdravstveno osiguranje**
- originalni računi za liječenje i kopija medicinske dokumentacije, preslika putovnice sa vidljivom evidencijom prelaska granice, preslika putne karte, preslika slipa ili drugi dokaz o kupnji *zrakoplovne ili putne karte drugog prijevoznog sredstva
- ☐ **Osiguranje prtljage**
- preslika zrakoplovne karte, potvrda o nastaloj šteti na prtljazi izdana od strane prijevoznika s naznakom isplaćenog iznosa naknade, preslika putovnice ili neki drugi dokument kao dokaz o početku i trajanju putovanja, preslika slipa ili drugi dokaz o kupnji zrakoplovne karte
- ☐ **Osiguranje kašnjenja leta**
- preslika zrakoplovne karte, potvrda aviokompanije o kašnjenju leta ili otkazanom letu, preslika slipa ili drugi dokaz o kupnji zrakoplovne karte

* samo u slučaju da je trošak plaćen Premium Visa Infinite karticom, pokriva za slučaj nužne medicinske pomoći vrijedi za putovanja svim prijevoznim sredstvima (ne samo kod zrakoplovnog prijevoza).

Opis osiguranog slučaja

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 _____

Kod banke (navesti banku i žiro račun banke) _____

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

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.

Mjesto i datum	Potpis ozlijeđene osobe (osiguranika)	Ime i prezime i potpis djelatnika koji je zaprimio zahtjev
----------------	---------------------------------------	--

☒ Odgovarajuće označite