

# UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD PUTNIČKO - ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

## RADNJE KOJE JE POTREBNO PODUZETI U SLUČAJU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA

- osiguranik je obavezan pismeno obavijestiti Osiguravača o osiguranom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće a najkasnije u roku od 30 dana;
- nakon nastupa osiguranog slučaja ugovarač osiguranja i osiguranik dostavljaju Osiguravaču dokaze i informacije iz kojih se može utvrditi nastanak osiguranog slučaja kao i obim obaveze Osiguravača

Važni brojevi telefona

POLICIJA 122

VATROGASCI 123

HITNA POMOĆ 124

## KAKO I GDJE SE VRŠI PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- Osigurani slučaj se prijavljuje putem pošte, elektronskim putem, putem faks uređaja ili direktno na poslovnim mjestima Društva dostavom ispunjenog obrasca prijave (na strani 3.) uz prilaganje potrebne dokumentacije.
- UNIQA besplatni telefonski broj za informacije 080 02 02 51
- UNIQA web adresa: HYPERLINK "<http://www.uniqa.ba>" [www.uniqa.ba](http://www.uniqa.ba)

## DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA

Izuzetno je važno da podnosilac zahtjeva prilikom prijave osiguranog slučaja prikupi i preda kompletnu dokumentaciju. Nedostatak bilo kojeg dokumenta može dovesti do poteškoća u obradi odštetnog zahtjeva, odnosno u isplati naknade. Kako bi se na efikasan način moglo pristupiti obradi odštetnog zahtjeva i isplati naknade potrebno je prikupiti sljedeću dokumentaciju:

- Obrazac za prijavu osiguranog slučaja (pravilno, detaljno i čitko popunjen )
- polisa osiguranja i dokaz o uplaćenju premiji
- nalaz sa anamnezom, dijagnozom, preporukom i terapijom, otpusno pismo ili slično
- račun za pregled, preporučenu terapiju ili račun za preporučena zdravstvena pomagala
- fotokopija lične karte i kartice sa brojem transakcijskog računa korisnika osiguranja



UNIOA Osiguranje d.d. Sarajevo  
Obala Kulina bina 19  
BH 71 000 Sarajevo  
Tel: (033) 295 541  
Fax: (033) 295 541

## Putničko zdravstveno i turističko osiguranje

## Prijava osiguranog slučaja

Prijava	Broj štete	Organizacijska jedinica
Polisa	Broj polise (obavezno navesti)	Tarifna
Ugovarač osiguranja	<b>Haris Lafić</b>	Broj telefona / Fax
Osigurani	Prezime, ime / naziv firme <b>71000 Sarajevo, Kakanjska 5</b>	
	Šifra osiguranja <b>0 3 0 8 9 7 8 1 4 5 2 8 7</b>	JMBC
	Prezime i ime <b>71000 Sarajevo, Kakanjska 5</b>	Datum rođenja <b>03.08.1978.</b>
	Šifra osiguranja <b>Saralic Bjana</b>	Broj telefona / Fax <b>033 123 456</b>
	Zanimanje <b>78000 Banja Luka, Tesanjska 10</b>	

Sporodno znanje / djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)

### Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input checked="" type="checkbox"/> troškovi liječenja u inostranstvu	<input type="checkbox"/> troškovi repatrijacije	<input type="checkbox"/> smrt uslijed bolesti
	<input type="checkbox"/> smrt uslijed nezgode	<input type="checkbox"/> trajni invaliditet uslijed nezgode	<input type="checkbox"/> gubitak ili oštećenje priloge
	<input type="checkbox"/> otkaz putovanja		

Kada je nastupio osigurani slučaj	Datum	Vrijeme
Mjesto događaja (država - grad)	<b>Brise - Belgija</b>	<b>12:12</b>

Detaljan opis događaja

**Iznenadna temperatura 38 °C. Hitno otišao do ljekara koji je propisao terapiju.**

Imena i adrese očevidaca događaja	<b>Haris Lafić, tel: 033 123 478</b>
Da li je po prijavljenom osiguranom slučaju vodena šteta? (ako je voditi)	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja konzumirao alkohol/marihuane?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
Je li sastavljen zapisnik o alkoholizmu?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
U slučaju saobraćajne nezgode navedite slijedeće podatke	Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove. <b>Dom zdravilja Otoka</b>
Re gatarska oznaka	
Ime i prezime vlasnika odnosno korisnika vozila	
Vozачka dozvola vrijedi do	
Navedite osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	

Odgovarajuće ozničite

## KAKO ISPUNITI OBRAZAC PRIJAVE ŠTETE

Šteta se obavezno prijavljuje na obrascu prijave osiguranog slučaja. Obrazac prijave štete je potrebno ispuniti svim traženim podacima detaljno, tačno i čitko. Primjer:

Podaci o liječenju	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara
Kada i gdje je osiguraniku pružena prva ljekarska pomoć?	<b>Brisel, Belgija</b>
Molimo vas navedite tačne dijagnoze	<b>Temperatura, gripa</b>
Je li osiguranik bio na bolničkom liječenju?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
Naziv bolnice ili druge ustanove, trajanje liječenja	
Bolesti i oštećenja prije osiguranog slučaja	Navedite bolesti, tjelesna oštećenja i druge bolesti koje su nastale 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.
Je li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, ulica alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
Ako da, u kojem smislu i obimu?	
Korisnik osiguranja 1	Prezime, ime / naziv firme <b>Haris Lafić</b> Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj <b>71000 Sarajevo, Kakanjska 5</b> Naziv banke <b>Raiffeisen Bank dd BiH</b>
	JMBC <b>2 3 9 1 2 3 2 3 2 3 4 4 6</b> Datum rođenja <b>23.09.1981.</b> Broj telefona / Fax <b>033 123 456</b>
Korisnik osiguranja 2	Prezime, ime / naziv firme Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Naziv banke
	JMBC Datum rođenja Broj telefona / Fax
Punomoć Osiguravaču	Ovlašćenje ljekara i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, da UNIOA Osiguranje d.d. Sarajevo daju na uvid i dostavljaju podatke koje su potrebne za liječenje (ljekarske nalaze, potvrde bolesti, obavještenja i slično) u skladu sa odredbama osiguranja. Ovlašćenjem UNIOA 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 i istinito i da je potpis valjan.	
Mjesto i datum	<b>Sarajevo, 05.11.2011.</b>
Osiguravaču označite	<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće označite
	<b>Haris Lafić</b> Potpis korisnika osiguranja

Prijava	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj štete	Organizacijska jedinica
Polisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj polise (obavezno navesti)	Tarifa
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	
Osigurani	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime i ime	JMBG
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Datum rođenja
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sporedno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)	
	<input type="text"/>	

### Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input type="checkbox"/>	troškovi liječenja u inostranstvu	<input type="checkbox"/>	troškovi repatrijacije	<input type="checkbox"/>	smrt usljed bolesti
	<input type="checkbox"/>	smrt usljed nezgode	<input type="checkbox"/>	trajni invaliditet usljed nezgode	<input type="checkbox"/>	gubitak ili oštećenje prtljage
	<input type="checkbox"/>	otkaz putovanja				

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

Mjesto događaja (država - grad)	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

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

Imena i adrese očevidaca događaja	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

Da li je po prijavljenom osiguranom slučaju vođena istraga i tko ju je vodio?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.
---	--	---

Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja 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 ga je priložiti.
---	---	---

### U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke

	vozilo koje je uzrokovalo nezgodu	vozilo drugog učesnika u nezgodi
Registarska oznaka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ime i prezime vlasnika odnosno korisnika vozila	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vozačka dozvola vrijedi do	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Navesti osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Odogovarajuće označite

## Podaci o liječenju

Kada i gdje je osiguraniku pružena  
prva ljebarska pomoć?

Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara

Molimo vas navedite tačne dijagnoze

Je li osiguranik bio na  
bolničkom liječenju?

da

ne

Naziv bolnice ili druge ustanove, trajanje liječenja

## Bolesti i oštećenja prije osiguranog slučaja

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.

da

ne

Jesu li ranije bolesti, tjelesna  
oštećenja, zdravstvena  
ograničenja, uticaj alkohola  
ili droga imali udjela u nastanku  
osiguranog slučaja?

da

moguće

ne

Ako da, u kojem smislu i obimu?

Korisnik osiguranja 1

Prezime, ime / naziv firme

JMBG

Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj

Datum rođenja

Naziv banke

Žiro račun banke

Broj telefona / Fax

Korisnik osiguranja 2

Prezime, ime / naziv firme

JMBG

Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj

Datum rođenja

Naziv banke

Žiro račun banke

Broj telefona / Fax

## Punomoć Osiguravaču

Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, da UNIQA Osiguranju d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koje se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijest bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih 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 i istinito i da je potpis valjan.

Mjesto i datum

Potpis korisnika osiguranja

Odgovarajuće označite