



UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo  
Fra Andela Zvizdovića 1  
BIH 71 000 Sarajevo  
Tel: (033) 260 940  
Fax: (033) 295 541

## Osiguranje života

# Prijava osiguranog slučaja

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	
Osiguranik	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime i ime	Datum rođenja
	<input type="text"/>	
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	
	Sporedno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)	

### Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input type="checkbox"/> nastup teške bolesti	<input type="checkbox"/> smrt usljed bolesti	<input type="checkbox"/> smrt uslijed nezgode
	<input type="checkbox"/> trajni invaliditet usljed nezgode	<input type="checkbox"/> boravak u bolnici usljed nezgode	
	<input type="checkbox"/> operativni zahvat		

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

Mjesto događaja	<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"/>

Odgovarajuće označite

## Podaci o liječenju

Kada i gdje je osiguraniku pružena prva ljekarska pomoć?	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara
Molimo vas navedite tačne dijagnoze	
Je li osiguranik bio na bolničkom liječenju? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> 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. <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?

Korisnik osiguranja 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime / naziv firme	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pošanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Datum rođenja
Korisnik osiguranja 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime / naziv firme	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pošanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Datum rođenja
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Naziv banke	Žiro račun banke

## 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