



UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo
Obala Kulina bana 19
BIH 71 000 Sarajevo
Tel: (033) 289 000
Fax: (033) 289 010

Uzrokovane prekidom rada djelatnosti i izostankom zaposlenika

Prijava štete

Polisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Broj polise	Broj odštetnog zahtjeva	
Podaci o osiguraniku	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Ugovarač osiguranja/glavni osiguranik	ID/JMBG	
	Adresa djelatnosti (ordinacije/laboratorija/apoteke/ureda/ustanove)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Telefon (u radnom prostoru)	Adresa stana/kuće	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Telefon (privatni) / GSM	Zanimanje	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Datum rođenja	Zvanje	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Plaćanje molimo izvršiti na:		
	<input type="checkbox"/> žiro-račun ustanove: broj računa	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> tekući račun: broj računa	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
	Ime banke, mjesto podružnice, broj računa banke:		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Uposlenik osiguranika:	ID/JMBG	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Adresa stana/kuće:	Telefon (privatni)/GSM	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Datum rođenja	Zvanje	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prekid rada djelatnosti ili uposlenika	Datum: <input type="text"/>	Vrijeme (sat i minute): <input type="text"/>	Mjesto događaja: <input type="text"/>
	U slučaju nezgode Prilikom koje vrste aktivnosti je došlo do nezgode?		
	<input type="text"/>		
	Tačan opis uzroka, razvoj i tok događaja kao i pretrpljenih ozljeda:		
	<input type="text"/>		
	U slučaju bolesti Simptomi i tok bolesti (ponovna pojava bolesti, novootkrivena bolest?)		
	<input type="text"/>		
	U slučaju elementarne nepogode, karantene, provalne krađe Koja elementarna nepogoda? Usljed čega karantena? Molimo opis događaja!		
	<input type="text"/>		
Podaci o prekidu rada djelatnosti/uposlenika	Od kada je došlo do prekida rada djelatnosti zbog navedenog uzroka?		
	<input type="text"/>		
	Kada je djelatnost/ uposlenik započela/-o s ponovnim radom?		
	<input type="text"/>		
	Je li uzeta zamjena? Ako da, navedite ime i prezime osobe.		
	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="text"/>		
	U kojemu periodu?	Koliki su troškovi uzrokovani zamjenom?	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	U slučaju krivnje treće osobe, molimo navedite podatke o počiniteljima štete i svjedocima:		
	Ime i prezime, adresa počinitelja	<input type="text"/>	
	Ime i prezime, adresa svjedoka	<input type="text"/>	

Da li je podnešena prijava policiji? Ako da, navedite kod koje ustanove/uprave:

Ne Da

U slučaju bolničkog ili ambulantnog liječenja, molimo navesti:

Naziv bolnice ili druge ustanove

bolničko od do
 ambulantno od do

Kod kojih društava imate ugovorena osiguranja prekida rada djelatnost?

Broj polise

Kod kojih društava imate ugovorena osiguranja?

Broj polise

a) od nezgode

b) od bolesti

Ranije pretrpljene nezgode, bolesti, tjelesne mane? Molimo navesti podinu i sadašnje posljedice!

Kada je prvi put ukazana liječnička pomoć (ime i prezime, adresa doktora i ustanove)?

Kada?

Gdje i od koga?

U skladu sa Općim uslovima osiguranja svojim potpisom dajem izričiti pristanak:

- da doktori koji me liječe ili su me liječili mogu dati na uvid osiguravajućem društvu UNIQA Osiguranje d.d. sve podatke i izvještaje o mom zdravstvenom stanju i svim primjećanim oboljenjima, uključivši i uvid u moj zdravstveni karton;
- da osiguravajuće društvo UNIQA Osiguranje d.d. dobivene podatke može koristiti za potrebe rješavanja odštetnog zahtjeva;
- da osiguravajuće društvo UNIQA Osiguranje d.d. može pred tijelima državne službe (policija, sud, itd.) vršiti uvid u sve spise koji su u bilo kakvoj vezi s navedenim slučajem, kao i da može ishoditi preslike navedene dokumentacije.

Pod materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio tačno, istinito i potpuno.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika

Popunjava osiguratelj

Zaprimljeno dana

Potpis uposlenika

Broj štete

LIJEČNIČKA/BOLNIČKA POTVRDA*

Dijagnoza prilikom prijema pacijenta?

Datum prestanka liječenja? Ukoliko se liječenje nastavlja: predviđeno trajanje?

Zadnji objektivni nalaz odnosno dijagnoza?

Je li pacijent bio ili je sada, u struci navedenoj na prvoj stranici, zbog nezgode ili bolesti?

u cjelosti radno nesposoban Do kada?

djelomično radno nesposoban Do kada?

Potpis i faksimil doktora/bolnice