

# UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD DOBROVOLJNOG 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)
- Kontakt broj MedUNIQA-e 061 107 599

## 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



UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo  
Ošala Kulina bana 19  
BH 71000 Sarajevo  
Tel: (033) 289 070  
Fax: (033) 289 070

## Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

## Prijava osiguranog slučaja

Prijava	Broj štete	Organizacijska jedinica
Polisa	Broj polise	
Ugovarač osiguranja	<input checked="" type="checkbox"/> Dobrovoljno zdravstveno osiguranje Dnevna naknada za boravak u bolnici Osiguranje preventivnih pregleda	Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa preventivnim pregledima Osiguranje preventivnih pregleda
Osigurani	Prezime, ime / Naziv firme <b>Brčak Damir</b> 71000 Sarajevo, Kakanjska 5 Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Broj telefona / fax <b>033 123 456</b>
	Prezime i ime <b>Saralić Vljana</b> 78000 Banja Luka, Tešanska 10 Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Broj telefona / fax <b>0308978145287</b>
	Zanimanje	E-mail <b>brcak@gmail.com</b>

**Opći podaci o slučaju**

Osigurani slučaj

<input checked="" type="checkbox"/> specijalistički pregledi	<input type="checkbox"/> medicinska pomagala	<input type="checkbox"/> bolnički dani u zemlji
<input checked="" type="checkbox"/> dijagnostički postupci	<input type="checkbox"/> psihoterapija	<input type="checkbox"/> bolnički dani u inozemstvu
<input checked="" type="checkbox"/> lijekovi	<input type="checkbox"/> fizioterapija	<input type="checkbox"/> boravak u rehabilitacionom centru
<input type="checkbox"/> preventivni pregledi	<input type="checkbox"/> porod	<input type="checkbox"/> porod

Kada je nastupio osigurani slučaj? Datum **1. 5. 2011.** Vrijeme **19 h**

Mjesto **Banja Luka**

Detaljan opis događaja  
**Umazad tri dana osjeća bolovi i nemoć u udovima. Nakon toga temperatura koja varira između 37,8 i 38,7.**

Podaci o očevidima događaja (imena, adrese i sl.) **Petković Zlata, tel: 033 123 478**

Da li je osiguran slučaj prijavljen nadležnom organu, te ako jeste kojem?  da  ne

Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje?  da  ne

Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju?  da  ne

Da li je osiguranik već prijavljivao neki drugi osiguran slučaj po osnovu ovog osiguranja kod UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo?  da  ne

Da li je osigurana osoba u vrijeme događaja bila pod utjecajem alkohola/narkotika?  da  ne

Odogovarajuće označite

## 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/pretraga/premama/preventivnog pregleda je provedena?	Specijalistički pregled, krvna slika
Majlino Vsa navedite naziv ustanove i ljekara koji je izvršio medicinski pregled i obavio prvi pregled/obavio preventivni pregled.	Poliklinika Banja Luka, dr Marko Ivanović
Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda	743,49- KM
Kupovina lijekova/pomagala	Navedi naziv lijeka/vrstu pomagala. Paracetamol 500 mg
Da li je isti/isto prije korišten/og?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne
Ako si u planu u dijagnostičke načele/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko?	
Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda	
Podaci o boravku u bolnici/rehabilitacionom centru	
Datum prijema i odlaska iz bolnice	Datum prijema _____ Datum odlaska _____
Datum prijema i odlaska iz rehabilitacionog centra	Datum prijema _____ Datum odlaska _____
Razlog boravka	Ime ljekara, očajagnoza. Nisam boravio u bolnici
Ako je razlog boravka u bolnici porod navesti datum poroda i broj djece.	
Naziv ustanove, mjesto, država	
Broj bolničkih dana	
Prethodne bolesti i/ili tjelesna oštećenja	Nisam bolovao ranije od bolesti koje bi se mogle dovesti u vezu sa ovom bolešću.
degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a nastalo: <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	
traumatska povreda ili oštećenja tjelesna: <input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	
kratkovidne, meningitisa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.	
Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj 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?
Ime/naziv korisnika osiguranja i matični/identifikacioni broj	Brčak Damir 2 3 9 1 2 3 2 3 2 3 4 4 6
Naziv banke	Ratiffelsen Bank
Broj ličnog računa	161000005238
Broj transakcijskog računa banke	145265248741
*Ovlaštenim ljekarima zdravstvene ustanove koji su na licu mjesta ili bez njih u odsustvu, kao i osiguraniku, treba dostaviti izvješće o obaveznom zdravstvenom osiguranju, da UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo, djelu na osnovu prijave štete i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekove, terapije, povijest bolesti, oprema prima i sl.) te ih dostaviti obavezno. Čuvajući profesionalna tajne. Ovlaštenim UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo da od svih zdravstvenih organa, ustanova, sudova (KUP, sudovi) traži imena pravo vidu u dokumentaciju i sadržaj u spisima koji se vode kod ih. Saopštava u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, svojim pregledom potvrđujući da sam na svoja pitanja u ovom obrazcu odgovorio potpunije što mi je dopustivo valjan.	
Mjesto i datum	Sarajevo, 3. 5. 2011.
Podpis korisnika osiguranja	Brčak Damir L.K. br. 0306CV147

Prijava	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj štete	Organizacijska jedinica
Polisa	<input type="text"/>	
	Broj polise	
	<input type="checkbox"/> Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	<input type="checkbox"/> Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa preventivnim pregledima
	<input type="checkbox"/> Dnevna naknada za boravak u bolnici	<input type="checkbox"/> Osiguranje preventivnih pregleda
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	JMBG
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	E-mail
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input type="checkbox"/> specijalistički pregledi	<input type="checkbox"/> medicinska pomagala	<input type="checkbox"/> bolnički dani u zemlji
	<input type="checkbox"/> dijagnostički postupci	<input type="checkbox"/> psihoterapija	<input type="checkbox"/> bolnički dani u inozemstvu
	<input type="checkbox"/> lijekovi	<input type="checkbox"/> fizioterapija	<input type="checkbox"/> boravak u rehabilitacionom centru
	<input type="checkbox"/> preventivni pregledi	<input type="checkbox"/> porod	

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

Mjesto	<input type="text"/>
--------	----------------------

Detaljan opis događaja

Podaci o očevicima događaja (imena, adrese i sl.)	<input type="text"/>
---	----------------------

Da li je osigurani slučaj prijavljivan nadležnom organu, te ako jeste kojem?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="text"/>
--	--	----------------------

Da li osiguranik ima obavezno zdravstveno osiguranje?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime specijaliste porodične medicine/ljekara opće prakse.
---	--	---

Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, navesti drugog/druge osiguravača/e.
---	--	---

Da li je osiguranik već prijavljivao neki drugi osigurani slučaj po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih vrsta osiguranja kod UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, kada i po kojem osnovu?
---	--	---------------------------------

Da li je osigurana osoba u vrijeme događaja bila pod uticajem alkohola/narkotika?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da, kojeg i u kojoj količini?
---	--	-----------------------------------

## Podaci o liječenju/preventivnom pregledu

Koja vrsta liječenja/pretraga/tretmana/preventivnog pregleda je provedena?	
Molimo Vas navedite naziv ustanove i ljekara koji je ustanovio medicinsku indikaciju/obavio prvi pregled/obavio preventivni pregled.	
Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda	
<b>Kupovina lijekova/pomagala</b>	
Koji lijek/pomagalo je kupljeno?	Navesti naziv lijeka/vrstu pomagala.
Da li je isti/isto prije korišten/o?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Ako su u pitanju dioptrijske naočale/kontaktne leće da li je došlo do promjene dioptrije? Ako da, koliko?	
Iznos računa priloženih za refundaciju po osnovu liječenja/preventivnih pregleda	

## Podaci o boravku u bolnici/rehabilitacionom centru

Datum prijema i odlaska iz bolnice	Datum prijema <input type="text"/>	Datum odlaska <input type="text"/>
Datum prijema i odlaska iz rehabilitacionog centra	Datum prijema <input type="text"/>	Datum odlaska <input type="text"/>
Razlog boravka <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> porod <input type="checkbox"/> nezgoda	Ime ljekara, dijagnoza.	
Ako je razlog boravka u bolnici porod navesti datum poroda i broj djece.		
Naziv ustanove, mjesto, država		
Broj bolničkih dana		

## Prethodne bolesti i/ili tjelesna oštećenja

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?

## Instrukcije za plaćanje

Ime/naziv korisnika osiguranja i matični/identifikacioni broj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Naziv banke	<input type="text"/>	
Broj ličnog računa	<input type="text"/>	
Broj transakcijskog računa banke	<input type="text"/>	

"Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, kao nosioce privatnog ili obaveznog zdravstvenog osiguranja, da UNIQA Osiguranju d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijesti bolesti, otpusna pisma i sl.) te ih oslobadam obaveze čuvanja profesionalna tajne. Ovlašćujem UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP, sudovi) 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 istinito i da je potpis valjan."

Mjesto i datum

Potpis korisnika osiguranja