

UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD OSIGURANJA ČLANOVA DOMAĆINSTVA OD POSLJEDICA NEZGODE UZ POLISU OSIGURANJA STAMBENOG OBJEKTA I STVARI U STAMBENOM OBJEKTU

RADNJE KOJE JE POTREBNO PODUZETI U SLUČAJU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA

- Odmah zatražiti ljekarsku pomoć, a liječenje nastaviti sve do oporavka. Potrebno se također pobrinuti za odgovarajuću njegu, te po mogućnosti i za otklanjanje i ublažavanje posljedica nezgode;
- Osiguranik treba pismeno obavijestiti osiguravača o nezgodi/nesretnom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće. Ukoliko nesretni slučaj za posljedicu ima smrt osiguranika korisnik osiguranja je obavezan o tome pismeno obavijestiti ugovarača u roku od tri dana;
- Prijaviti nezgodu nakon završenog liječenja na obrascu prijave osiguranog slučaja uz dostavu potrebne dokumentacije.

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 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

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 dovodi do poteškoća u obradi odštetnog zahtjeva, odnosno u isplati naknade. Kako bi se na efikasan način moglo postupiti obradi odštetnog zahtjeva i isplati naknade potrebno je prikupiti sljedeću dokumentaciju:

- Obrazac prijave osiguranog slučaja (pravilno, detaljno i čitko popunjen)
- Polisa osiguranja (fotokopija)
- Dokumentacija vezana za uzrok nezgode (npr. u slučaju saobraćajne nezgode: policijski zapisnik)
- Medicinska dokumentacija (od prvog do završnog nalaza)
- Lična karta (fotokopija), rodni list za maloljetnika, kartica sa brojem bankovnog računa (fotokopija)
- U slučaju smrti potrebno je dostaviti dodatnu dokumentaciju u vidu originalnog primjerka ili ovjerene fotokopije potvrde o smrti i izvoda iz matične knjige umrlih, zdravstveni karton (fotokopija) i rješenje o nasljeđivanju



UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo
Obala Kulina bina 19
71000 Sarajevo
Tel: (033) 289 060
Fax: (033) 289 010

Osiguranje članova domaćinstva od posljedica nezgode uz polisu osiguranja stambenog objekta i stvari u stambenom objektu

Prijava štete

Polisa	P41 - 010101010101112
Ugovarač osiguranja	Muhammed Muharemović Prezime, ime ili naziv firme Zaima Zaimovića bb, 71000 Sarajevo Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Muhammed Muharemović Prezime i ime Zaima Zaimovića bb, 71000 Sarajevo Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Trgovac Zanimanje
Osigurani	Muhammed Muharemović Prezime, ime ili naziv firme Zaima Zaimovića bb, 71000 Sarajevo Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Info@gmail.com E-mail
Trajanje osiguranja	04.11.2013. - 04.11.2014.
Broj polise (obavezno navesti)	061 000 111
Broj telefona / fax	061 123 456
Datum rođenja	1 2 1 1 9 6 0 1 1 0 1 1 2
JMBG	1 1 1 0 2 2 3 1 2 3 1 1 1
Sporedno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)	

Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj	<input checked="" type="checkbox"/> smrt usljed nezgode	<input type="checkbox"/> trajni invaliditet usljed nezgode
Kada je nastupio osigurani slučaj	Datum	Vrijeme
	10.11.2013.	10:20
Mjesto događaja	Sarajevo	

Detaljan opis događaja

**Slazeci niz stepenice okliznuo se i pao. Odvezen kolima hitne pomoći gdje je ustavnjeno prijelom noge.
Završeno liječenje još uvijek bolno.**

Imena, adrese i broj telefona očevidaca događaja
Damir Vanirović, br. tel. 062/222 111

Ima li ožlijeđeni obavezno zdravstveno osiguranje?	<input checked="" type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime lekara opće prakse. Dom zdravlja "Novo Sarajevo"
Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o osiguranju od posljedica nezgode?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Ako da navesti drugog/druge osiguravač/e i broj polise.
Je li izršen uvidaj na mjestu nezgode odnosno kojoj je policijskoj upravi prijavljena nezgoda?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.
Je li nezgodom oštećena osoba u posljednjih 12 sati prije nezgode konzumirala alkohol/narkotike?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Koji? U kojoj količini?
Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju?	<input type="checkbox"/> da <input checked="" type="checkbox"/> ne	Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti.

U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke

Registarska oznaka	Vozilo koje je uzrokovalo nezgodu	vozilo drugog učesnika u nezgodi
Ime i prezime vlasnika odnosno korisnika vozila		
Vozila dozvola vrijedi do		
Navesti osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise		

Odgovarajuće oznachte

KAKO ISPUNITI OBRAZAC PRIJAVE ŠTETE

Osigurani slučaj se obavezno prijavljuje na obrascu prijave osiguranog slučaja.

Obrazac prijave osiguranog slučaja je potrebno ispuniti svim traženim podacima detaljno, tačno i čitko.

Primjer:

Podaci o liječenju Kada je zbog povreda od nezgode pružena prva lekarska pomoć?	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime lekara 10.11.2013 u 10:30 primila prvu pomoć u hitno u Sarajevu
Molimo vas navesti tačne podatke o pretrpljenim povredama (navedite dijagnoze).	Fractura tibiae dex
Je li povrijeđena osoba bila na bolničkom liječenju?	da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
Naziv bolnice, ili druge ustanove, trajanje liječenja	
Bolesti i oštećenja prije nezgode Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je povrijeđena osoba imala prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, ozljede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.	da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
Je li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja?	da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
Prezime, ime / naziv firme Muharemović Muharemović	1 1 1 0 2 2 3 1 2 3 1 1 1 JMBG
Adresa i broj telefona / fax Zaima Zaimovića bb 061 000 111	Broj telefona / Fax 061 000 111
Broj bančinskog računa korisnika 4 2 5 5 0 0 1 1 3 4 0 5 5 5	Naziv banke Kaifaisen Bank
Punomoć osiguravaču i izjava za isplatu naknade Ovlašćenjem lekara i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, kao i nosioce privatnog ili obaveznog osiguranja, da UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (lekarske nalaze, povijest bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćenjem 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 svezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.	
Svojim potpisom potvrđujem da sam na sve pitanja u ovom obrazcu odgovorio potpuno i istinito i da je potpis valjan.	
Mjesto i datum Sarajevo, 01.12.2013. god.	Muharemović Muhamed, I.K. br. 039TA236
<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće oznachte	Potpis korisnika osiguranja/osigurnika



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

Osiguranje članova domaćinstva od posljedica nezgode uz polisu osiguranja stambenog objekta i stvari u stambenom objektu

Prijava štete

Polisa	P41 - <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj polise (obavezno navesti)	Trajanje osiguranja
Ugovarač osiguranja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime, ime ili 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"/>	<input type="text"/>
	Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	JMBG
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Zanimanje	E-mail
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Broj telefona / Fax	
	<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 smrt usljed nezgode trajni invaliditet usljed nezgode

Kada je nastupio osigurani slučaj Datum Vrijeme

Mjesto događaja

Detaljan opis događaja

Imena, adrese i broj telefona očevidaca događaja	<input type="text"/>
Ima li ozlijeđeni obavezno zdravstveno osiguranje? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Navesti naziv i adresu zdravstvene ustanove, ime i prezime ljekara opće prakse.
Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o osiguranju od posljedica nezgode? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Ako da navesti drugog/druge osiguravača/e i broj polise.
Je li izvršen uviđaj na mjestu nezgode odnosno kojoj je policijskoj upravi prijavljena nezgoda? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.
Je li nezgodom oštećena osoba u posljednjih 12 sati prije nezgode konzumirala 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 je zbog povreda od nezgode pružena prva ljekarska pomoć?

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

Molimo vas navedite tačne podatke o pretrpljenim povredama (navedite dijagnoze).

Je li povrijeđena osoba bila na bolničkom liječenju?

 da
 ne

Naziv bolnice, ili druge ustanove, trajanje liječenja

Bolesti i oštećenja prije nezgode

Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je povrijeđena osoba imala prije osiguranog slučaja, a naročito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, ozlijede 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 (roditelj, staratelj)

Prezime, ime / naziv firme

JMBG

Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj

Broj telefona / Fax

Datum rođenja

Broj bankovnog računa korisnika

Naziv banke

Punomoć osiguravaču i izjava za isplatu naknade

Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, kao i nosioce privatnog ili obaveznog osiguranja, da UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijest bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih obveze 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 svezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

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

Mjesto i datum

Potpis korisnika osiguranja/osiguranika