

# UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD OSIGURANJA ŽIVOTA

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

- Nakon nastupa osiguranog slučaja korisnik osiguranja je dužan o tome u što kraćem roku obavijestiti Osiguravača;
- U slučaju nastupa teške bolesti ili trajne invalidnosti potrebno je 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 bolesti ili povrede;

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 štete (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 zahtjeva i isplati naknade potrebno je prikupiti sljedeću dokumentaciju:

- obrazac prijave osiguranog slučaja (pravilno, detaljno i čitko popunjen)
- polisa osiguranja
- medicinska dokumentacija od prvog do završnog nalaza (otpusnice iz bolnice, fotokopija zdravstvenog kartona)
- lična karta i kartica sa brojem bankovnog računa (fotokopija)
- U slučaju nastupa smrti potrebno je dostaviti dodatnu dokumentaciju u vidu potvrde o smrti i izvoda iz matične knjige umrlih i zdravstvenog kartona (ovjerena kopija ili original), rješenje o nasljeđivanju, te policijski zapisnik ukoliko je smrt posljedica nezgode
- U slučaju nastupa trajne invalidnosti usljed saobraćajne nezgode, učestvovanja u tuči ili slično nezgode potrebno je dostaviti policijski zapisnik, te fotografije povrijeđenog dijela tijla ukoliko se potražuje naknada zbog ožiljaka ili slično
- Kod potraživanja ugovorene naknade za dane provedene u bolnici potrebno je dostaviti dodatnu dokumentaciju u vidu otpusnice iz bolnice (ovjerena kopija ili original)
- Kod potraživanja ugovorene naknade neophodnih troškova liječenja potrebno je dostaviti dokaz u vidu plaćenih računa (ovjerena kopija ili original)
- Kod potraživanja ugovorene naknade zbog operativnog zahvata potrebno je dostaviti otpusno pismo sa navodima o operativnom zahvatu (ovjerena fotokopija ili original)



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	JMBG/ID broj
	<input type="text"/>	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	E-mail
Osiguranik	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prezime i ime	JMBG
	<input type="text"/>	Datum rođenja
	<input type="text"/>	E-mail
	<input type="text"/>	Broj telefona / Fax
	Naziv radnom mjesta	Zanimanje
	<input type="text"/>	<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 usljed 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	Vrijeme
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>

Odogovarajuće označite

<b>Podaci o liječenju</b>	
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? <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"/> moguće <input type="checkbox"/> ne	Ako da, u kojem smislu i obimu?

#### Korisnik osiguranja 1

Prezime, ime / naziv firme	Matični/ID broj	Broj telefona / Fax
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj		Datum rođenja
Žiro račun banke		Naziv banke
<b>Popunjavanje samo fizičko lice:</b>		
1. Molimo navedite državljanstvo	a) _____	b) _____
2. Da li ste poreski obveznik:	<input type="checkbox"/> BiH <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Ostalo, molimo navedite _____	
<b>Popunjavanje samo pravno lice:</b>		
1. Da li ste finansijska institucija:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
2. Da li je vlasnik pravnog lica sa udjelom većim od 10% poreski obveznik SAD-a?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

#### Korisnik osiguranja 2

Prezime, ime / naziv firme	Matični/ID broj	Broj telefona / Fax
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj		Datum rođenja
Žiro račun banke		Naziv banke
<b>Popunjavanje samo fizičko lice:</b>		
1. Molimo navedite državljanstvo	a) _____	b) _____
2. Da li ste poreski obveznik:	<input type="checkbox"/> BiH <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Ostalo, molimo navedite _____	
<b>Popunjavanje samo pravno lice:</b>		
1. Da li ste finansijska institucija:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
2. Da li je vlasnik pravnog lica sa udjelom većim od 10% poreski obveznik SAD-a?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

### 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 obrazcu odgovorio potpuno i istinito i da je potpis valjan.

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis korisnika osiguranja