

UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD OSIGURANJA KORISNIKA KREDITA

RADNJE KOJE JE POTREBNO PODUZETI U SLUČAJU NASTUPA OSIGURANOG SLUČAJA

- Nakon nastupa osiguranog slučaja korisnik osiguranja je dužan o tome u što kraćem roku obavijestiti Osiguravača
- U slučaju nastupa 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

KAKO I GDJE SE VRŠI PRIJAVLJIVANJE OSIGURANOG SLUČAJA

- Osigurani slučaj se prijavljuje putem pošte, putem e-maila, putem faks uređaja ili direktno na poslovnim mjestima Društva dostavom ispunjenog obrasca prijave osiguranog slučaja (na strani 3.) uz prilaganje potrebne dokumentacije (na strani 2.).
- UNIQA besplatni telefonski broj za informacije 080 02 02 51
- UNIQA web adresa: www.uniqa.ba

Važni brojevi telefona

POLICIJA 122

VATROGASCI 123

HITNA POMOĆ 124

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 zahtjeva i isplati naknade. Kako bi se na efikasan način moglo postupiti obradi zahtjeva i isplati naknade potrebno je prikupiti sljedeću dokumentaciju:

- obrazac prijave osiguranog slučaja (popunjen detaljno, tačno i čitko)
- otplatni plan
- polisa osiguranja/certifikat o osiguranju
- dokaz o uplati premije osiguranja
- lična karta (fotokopija) i kartica sa brojem transakcijskog računa korisnika osiguranja (fotokopija)
- ugovor o zaključenom kreditu

Dodatna dokumentacija u slučaju nastupa smrti:

- potvrda o smrti i izvod iz matične knjige umrlih (ovjerena kopija ili original)
- kopija zdravstvenog kartona
- medicinska dokumentacija (fotokopija)

Dodatna dokumentacija u slučaju trajne invalidnosti:

- medicinska dokumentacija (ovjerene fotokopije od prvog do završnog nalaza)
- dokaz o okolnostima nastanka nezgode

Dodatna dokumentacija u slučaju nezaposlenosti:

- kopija ugovora o radu važećeg u trenutku početka osiguranja.
- dokaz o prestanku radnog odnosa (n.p.r. otkaz ugovora o radu)
- radna knjižica (ovjerena fotokopija)
- potvrdu Službe za zapošljavanje o trajanju nezaposlenosti od najmanje 60 dana (original)

Dodatna dokumentacija za slučaj smrti usljed nezgode:

- original ili ovjerena kopija zapisnika nadležne policijske uprave o nastanku nesretnog slučaja odnosno dokaz o okolnostima nastanka nezgode
- kopija nalaza o izvršenoj obdukciji ili izvještaja ljekara mrtvozornika kao dokaz o smrti

Servisni Centar

Sarajevo

Tel: 033/289-002

Fax: 033/289-010

Servisni Centar

Tuzla

Tel: 035/265-700

Fax: 035/265-702

Servisni Centar

Bihać

Tel: 037/229-954

Fax: 037/222-442

Servisni Centar

Banja Luka

Tel: 051/223-770

Fax: 051/223-780

- Dodatna dokumentacija za slučaj privremene potpune nesposobnosti za rad (bolovanja) :
- potvrda od izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o eventualnom bolovanju (sa naznačenim trajanjem bolovanja) za period od prethodnih 12 mjeseci
 - kopija potvrde o privremenoj nesposobnosti za rad (bolovanju) od strane ljekarske komisije
 - ovjerena kopija doznaka o bolovanju.

KAKO ISPUNITI OBRAZAC PRIJAVE OSIGURANOG SLUČAJA

Osigurani slučaj se obavezno prijavljuje na obrascu prijave osiguranog slučaja. Obrazac prijave je potrebno ispuniti svim traženim podacima detaljno, tačno i čitko. Primjer:

Podaci o liječenju	
Kada i gdje je osiguraniku pružena prva ljekarska pomoć?	Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara
Molimo Vas navesti tačne dijagnoze	
Je li osiguranik bio na bolničkom liječenju?	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolesti i oštećenje prije osiguranog slučaja	Naziv bolnice, ili druge ustanove, trajanje liječenja
Navesti bolesti, tjelena oštećenja, ili druge zdravstvene promjene koje je osiguranik doživio prije osiguranog slučaja, za naročito ograničenje pokretljivosti udova i tijelova tjela, kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim lijekovima, ili lijekovima, ili drugim lijekovima.	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Da li je ranije bolovao, tjelena oštećenja, ili druge zdravstvene promjene, u kojima je imao udjela u nastanku osiguranog slučaja?	da <input type="checkbox"/> moguće <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Nezaposlenost	Alto da, u kojem smislu i obimu?
IMMO1 d.o.o. Naziv poslodavca otkaz poslodavca Način prestanka radnog odnosa (otkaz, sporazumni raskid ili slično) razlozi za otkaz u obrazloženju istog Razlog prestanka radnog odnosa	
Bolovanje	Naziv poslodavca Razlog bolovanja Navesti dužinu trajanja bolovanja
Korisnik osiguranja	Da li se u prethodnom periodu bili na bolovanju i u kojem periodu Brak Damiir Prezime, ime / naziv firme 71 000 Sarajevo, Kaknjaaska 5/12 Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj 2 4 4 5 3 0 2 9 7 4 5 4 3 8 1 2 Ziro račun banke Naziv banke
Punomoć Osiguravaču	Ovlašćenjem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječio ili kod kojih sam se liječio da UNIOA Osiguranje dd Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koje se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijest bolesti, otpisna pisma i sl.) u slučaju nastanka osiguranog slučaja. Ovlašćenjem UNIOA Osiguranje dd Sarajevo, 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 svo pitanja u ovom obrascu odgovorio/la potpuno i istinito i da je potpis valjan.
Sarajevo, 20.10.2011. godine Mjesto i datum	Brak Damiir, L.K. br. 0900V452 Prezime i korisnik osiguranja / Potpisovatelj osiguranja
<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće označite	

Prijava osiguranog slučaja	
Osiguranje korisnika kredita	
Prijava (popunjava osiguravač)	Organizacijska jedinica
Polisa (popunjava osiguravač)	Tarifa
Ugovarač osiguranja	Broj polise (obavezno navesti) 0 3 0 2 0 7 4 5 4 3 8 1 2 Broj polise (MBC)
Osiguranik	Prezime i ime Brak Damiir Email brak@ymail.com Broj telefona / fax 033 123 456 Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj 71 000 Sarajevo, Kaknjaaska 5/12 Datum rođenja 04.08.1965. Prezime i ime 71 000 Sarajevo, Kaknjaaska 5/12 Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Trgovac Zanimanje 033 123 456 Broj telefona / Fax
Opći podaci o osiguranom slučaju	
Osiguranik (slučaj)	smrt uslijed bolesti <input type="checkbox"/> nezaposlenost <input type="checkbox"/> smrt uslijed nezgode <input type="checkbox"/> privremena potpuna nesposobnost za rad (bolovanje) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> trajna invalidnost
Kada je nastupio osiguranik slučaj	Datum
Mjesto događaja	Vrijeme 14:35h Sarajevo
<p>Radio sam u firmi IMMO1 d.o.o. pet godina. U navedenoj firmi je zaposleno dvadeset pet osoba. Radni odnos je bio ugovoren na neodređeno vrijeme. Vana 01.01.2011. godine mi je od poslodavca uručen otkaz. Razlozi za otkaz su navedeni u obrazloženju istog kojeg dostavljam u prilogu. Prije tri godine sam zaključio ugovor o kreditu kod Banke (navesti naziv banke).</p>	
Imena i adrese oštećenih događaja	Petković Zlata, Orađačačka 26, Sarajevo, 033/22 33 44
Da li je po prijavi osiguranom slučaju vodena istraga i tko ju je vodio?	Naziv policajke uprave MUP-a ili druge ustanove? MUP Start Grad Sarajevo
Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja konzumirao alkohol/narkotike?	U kojoj količini? da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
Je li sastavljen zapisnik o alkohostranju?	Alto je sastavljen zapisnik o alkohostranju potrebno ga je priložiti. da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke	Vozilo koje je uzrokovalo nezgodu
Registrarska oznaka	Vozilo drugog učesnika u nezgodi
Ime i prezime vlasnika/korisnika vozila	
Vozaka dovođa vrijedi do	
Navesti osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	
<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće označite	

Osiguranje korisnika kredita

Prijava (popunjavanje osiguravač)	[]	
	Broj	Organizacijska jedinica
Polisa (popunjavanje osiguravač)	[]	
	Broj polise (obavezno navesti)	Tarifa
Ugovarač osiguranja	[]	
	Prezime, ime	JMBG
	[]	
	Pošanski broj, mjesto, ulica i broj	Broj telefona / Fax
Osiguranik	[]	
	Prezime i ime	Broj kredita
	[]	
	Pošanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Broj telefona / Fax
	Zanimanje	Broj mobitela

Opšti podaci o osiguranom slučaju

Osigurani slučaj

<input type="checkbox"/> smrt usljed bolesti	<input type="checkbox"/> nezaposlenost
<input type="checkbox"/> smrt usljed nezgode	<input type="checkbox"/> privremena potpuna nesposobnost za rad (bolovanje)
<input type="checkbox"/> trajna invalidnost	

Kada je nastupio osigurani slučaj Datum [] Vrijeme []

Mjesto događaja []

Detaljan opis događaja

Imena i adrese očevidaca događaja []

Da li je po prijavljenom osiguranom slučaju vođena istraga i tko ju je vodio? da ne Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove? []

Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja konzumirao alkohol/narkotike? da ne U kojoj količini? []

Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju? da 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	[]	[]
Ime i prezime vlasnika/korisnika vozila	[]	[]
Vozačka dozvola vrijedi do	[]	[]
Navesti osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise	[]	[]

Odgovarajuće označite

Podaci o liječenju

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 oštećenje 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, ograničenje 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?

Nezaposlenost

Naziv poslodavca	
Način prestanka radnog odnosa (otkaz, sporazumni raskid ili slično)	
Razlog prestanka radnog odnosa	

Bolovanje

Naziv poslodavca	
Razlog bolovanja	Navesti dužinu trajanja bolovanja
Da li ste u prethodnom periodu bili na bolovanju i u kojem periodu	

Korisnik osiguranja

Prezime, ime / naziv firme	Broj telefona / Fax
Pošanski broj, mjesto, ulica i kućni broj	Datum rođenja
Transakcijski račun	Naziv banke

Punomoć Osiguravaču

Ovlašćujem ljekare i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio da UNIQA Osiguranju dd 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 dd 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/la potpuno i istinito i da je potpis valjan.

Mjesto i datum

Potpis Korisnika osiguranja
/Podnosioca zahtjeva