

UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD OSIGURANJA OD POSLJEDICA NEZGODE

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 (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

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 (n.p.r. 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
- U slučaju zahtjeva za naknadu troškova liječenja potrebno je dostaviti dodatnu dokumentaciju u vidu originalnog primjerka ili ovjerene fotokopija plaćenih računa troškova liječenja
- U slučaju zahtjeva za naknadu zbog dana provedenih u bolnici potrebno je dostaviti dodatnu dokumentaciju u vidu ovjerne fotokopije otpusne liste iz bolnice.

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 ljekarska pomoć?		Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara 01.02.2011. u 17 h primila prvu pomoć u "Hitna pomoć" Sarajevo	
Molimo vas navesti tačne podatke o pretrpljenim povredama (navedite dijagnoze).		Fractura malleoli tibioeae dex	
Je li povrijeđena osoba bila na bolničkom liječenju?		da <input type="checkbox"/>	ne <input checked="" type="checkbox"/>
Navesti bolesti, liječna 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.s.		Naziv bolnice, ili druge ustanove, trajanje liječenja Povrijeđena nije bila na bolničkom liječenju.	
Bolesti i oštećenja prije nezgode Navesti bolesti, liječna 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.s.		da <input checked="" type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Jesu li, ranije bolesti, liječna oštećenja, zdravstvena ograničenja, ulcaji alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja?		da <input type="checkbox"/>	moguće <input type="checkbox"/>
Korisnik osiguranja (roditelj, staratelj)		Ako da, u kojem smislu i obimu?	
Prezime, ime / naziv firme Perković Maja, majka		Broj telefona / Fax	
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj 71 000 Sarajevo, Mostarska bb		Datum rođenja Kaiffelsen Bank	
Žiro račun banke 161000000123456		Naziv banke	
Punomoć osiguravaču i izjava za isplatu naknade Ovlašćujem i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili kod kojih sam se liječio, kao i nosioce privatnog ili obaveznog osiguranja, da UNIOA Osiguranje d.d. Sarajevo daju na uvid i predaju dokaze i podatke koje se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (ljekarske nalaze, povijest bolesti, opusna pisma i sl.) i oslobađam ih obaveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem UNIOA 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.			
Svojm potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja u ovom obrazcu odgovorio potpuno i istinito i da je potpis valjan.			
Sarajevo, 05.02.2011. god.		Potpis korisnika osiguranja Perković Zlata, L.K. br. 0387A236	
Mjesto i datum		Potpis banke	
<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće označte			

Prijava osiguranog slučaja Osiguranje od posljedica nezgode	
Organizacijska jedinica KN	Broj štete P
Tabela JU Osnovna Prva osnovna škola	Broj polise (obavezno navesti) 033/555-939
Prezime, ime / naziv firme 71000 Sarajevo, Mostarska bb	Broj telefona / Fax
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Perković Zlata, JM bg.: 0203995170099	Datum rođenja 02.03.1992.god.
Prezime, ime 71000 Sarajevo, Mostarska bb	JMBC 1.2.0.5.1.9.9.5.3.5.4.5
Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj Učenik	Email info@gmail.com
Zanimanje	Broj telefona / Fax 033/921-123
Sposredno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)	
Opći podaci o slučaju Osigurani slučaj <input checked="" type="checkbox"/> trajni invaliditet usljed nezgode <input type="checkbox"/> smrt usljed bolesti <input type="checkbox"/> nastup teške bolesti <input type="checkbox"/> boravak u bolnici usljed nezgode <input type="checkbox"/> troškovi liječenja <input type="checkbox"/> lom kosti <input type="checkbox"/>	
Kada je nastupio osiguran slučaj?	Datum 01.02.2011.god.
Mjesto događaja	Vrijeme 16:30
Detaljan opis događaja	Ilidža, Sarajevo
Slažeći niz stepenice okliznula se, pala i osjetila bol u desnoj nozi. Nastavnica je pozvala roditelje, koji su je odveli u hitnu pomoć gdje je ustanovljen prijelom noge. Nakon medicinskog tretmana povremeno osjeća blažu bol u nozi	
Imena, adrese i broj telefona očevidaca događaja	Bračak Damir, u Bosanska bb, br. tel.: 033/125*521
Ima li ožljeđeni obavezno zdravstveno osiguranje?	da <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Ima li osiguranik kod drugih osiguravača ugovor o osiguranju od posljedica nezgode?	da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
Je li izvršen uvidaj na mjestu nezgode odnosno kojoj je policijom upravu prijavljena nezgoda?	da <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Je li nezgodom oštećena osoba u posljednje vrijeme uzimala alkohol/narkotike?	da <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Je li sastavljen zapisnik o okolnostima nezgode?	da <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke vozilo koje je uzrokovalo nezgodu vozilo drugog učesnika u nezgodi	
Registarska oznaka	Ime i prezime vlasnika odnosno korisnika vozila
Vozača dozvola vrijedi do	Navedi osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano i broj polise
<input checked="" type="checkbox"/> Odgovarajuće označte	

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	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"/>	Broj telefona / Fax
	<input type="text"/>	
	Sporedno zanimanje i djelatnost za koju prima naknadu (npr. učitelj tenisa, poljoprivrednik i dr.)	

Opći podaci o slučaju

Osigurani slučaj trajni invaliditet usljed nezgode smrt usljed nezgode smrt usljed bolesti nastup teške bolesti
 boravak u bolnici usljed nezgode troškovi liječenja lom kosti

Kada je nastupio osigurani slučaj Datum Vrijeme

Mjesto događaja

Detaljan opis događaja

Imena, adrese i broj telefona očevidaca događaja

Ima li ozlijeđeni obavezno zdravstveno osiguranje? da 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? da 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? da ne
 Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.

Je li nezgodom oštećena osoba u posljednjih 12 sati prije nezgode konzumirala alkohol/narkotike? da ne
 Koji? 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	<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"/>

Odgovarajuće 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

Broj telefona / Fax

Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj

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 koje 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

Odgovarajuće označite