

# UPUTSTVO ZA PRIJAVU OSIGURANOG SLUČAJA KOD OSIGURANJA KORISNIKA TEKUĆIH RAČUNA

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- Ako nastupi osigurani slučaj smrti osiguranika predstavnik Banke ili korisnik osiguranja obavezan je o tome obavijestiti Osiguravača u roku od 7 dana od dana nastanka događaja.

## 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 (na strani 3.) uz prilaganje potrebne dokumentacije.
- UNIQA besplatni telefonski broj za informacije 080 02 02 51
- UNIQA web adresa: [www.uniqa.ba](http://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 štete 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 pristupiti obradi odštetnog zahtjeva i isplati naknade potrebno je prikupiti sljedeću dokumentaciju:

- obrazac za prijavu osiguranog slučaja (detaljno, tačno i čitko popunjen)
- polisa osiguranja/certifikata o osiguranju
- potvrda o smrti i izvod iz matične knjige umrlih (ovjerena kopija ili original)
- zdravstveni karton osiguranika u slučaju smrti usljed bolesti (ovjerena fotokopija)
- medicinska dokumentacija
- policijski zapisnik ako je smrt nastala kao posljedica nezgode
- kartica sa brojem transakcijskog računa korisnika osiguranja
- potvrdu Banke o iznosu duga po osnovu ugovorene bankarske usluge i instrukcija za plaćanje
- ugovor o zaključenju bankarskoj usluzi

# 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:

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|  <p>UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo<br/>         Obala kralja Matije 19<br/>         BH 71 000 Sarajevo<br/>         Tel: (033) 289 000<br/>         Fax: (033) 289 010</p> |  | <h2>Prijava osiguranog slučaja</h2>                                   |  |
| <h3>Osiguranje korisnika tekućih računa</h3>  |  | Organizacijska jedinica   |  |
| Broj  |  | Tarifa  |  |
| Broj polise (obavezno navesti)  |  | Datum rođenja   |  |
| Prezime i ime<br><b>Brćak Damir</b>   |  | <b>04.06.1983.</b>  |  |
| IMBCZ / MIB firme   |  | Email   |  |
| <b>71 000 Sarajevo, Kakmijaska 5/12</b>   |  | <b>ditewopa@live.com</b>  |  |
| Poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj  |  | Broj telefona / Fax   |  |
| <b>116000 Sarajevo</b>  |  | <b>033 123 456</b>  |  |
| Zanimanje   |  | Broj tekućeg računa / karličnog računa                                |  |
| <b>2445830297454382</b>   |  | Broj tekućeg računa / karličnog računa                                |  |
| <h3>Opšti podaci o osiguranom slučaju</h3>  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> smrt usljed bolesti  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> smrt usljed nezgode  |  |   |  |
| Kada je nastupio osiguran slučaj  |  | Datum   |  |
| Mjesto događaja   |  | Vrijeme   |  |
| Detaljan opis događaja  |  | <b>Sarajevo</b>   |  |
| Imena i adrese očevidaca događaja   |  | <b>Livnjak Damir, tel. 033 444 333</b>                                |  |
| Da li je po prijavi osiguranom slučaju vodena istraga i tko ju je vodio?  |  | Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove?                     |  |
| da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>  |  | U kojoj količini?   |  |
| Je li osiguranik u posljednjih 12 sati prije osiguranog slučaja konzumirao alkohol/marihuane?   |  | Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti. |  |
| da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>  |  | Alkotestiranju?   |  |
| da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>  |  | da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>    |  |
| <h3>U slučaju saobraćajne nezgode navedite sljedeće podatke</h3>  |  |   |  |
| vozilo koje je uzrokovalo nezgodu   |  |   |  |
| vozilo drugog učesnika u nezgodi  |  |   |  |
| Registrarska oznaka   |  |   |  |
| Ime i prezime vlasnika/korisnika vozila   |  |   |  |
| Vozačka dozvola vrijedi do  |  |   |  |
| Navesti osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano   |  |   |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Podaci o liječenju   |  | Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime ljekara  |  |
| Kada i gdje je osiguraniku pružena prva lekarska pomoć?  |  | <b>Livnjak Damir, tel. 033 444 333</b>   |  |
| Je li osiguranik bio na bolničkom liječenju?   |  | Naziv bolnice, ili druge ustanove, trajanje liječenja  |  |
| da <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>   |  | visok pritisak   |  |
| Bolesti i oštećenje prije osiguranog slučaja   |  | Ako da, u kojem smislu i obimu?  |  |
| Navesti bolesti, tjelesna oštećenja, ili degenerativne promjene koje je osiguranik imao prije osiguranog slučaja, a naročito: oštećenje srca, krvnih žila, krvnih sudova, amputacije, povrede ili bolesti kralježnice, meniskusa, bolesti srca, dijabetes, ovisnost o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenje vida ili vida i sl. |  | Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, uticaj alkohola ili droga imali udjela u nastanku osiguranog slučaja? |  |
| da <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>   |  | da <input type="checkbox"/> moguće <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>   |  |
| Mjesto i datum   |  | Mjesto i datum   |  |
| <b>Sarajevo, 20.10.2011. godine</b>  |  | <b>Petković Zlata,</b><br>Kći osiguranika. I.K. br. 090Y452  |  |
| Odgovarajuće oznacite  |  | Pošip podnosioca zahijeva  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>  |  | Pošip podnosioca zahijeva  |  |

## Osiguranje korisnika tekućih računa

|                                   |  |                         |
|-----------------------------------|--|-------------------------|
| Prijava<br>(popunjava osiguravač) | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
|                                   | Broj                                       | Organizacijska jedinica |
| Polisa<br>(popunjava osiguravač)  | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
|                                   | Broj polise (obavezno navesti)             | Tarifa                  |
| Osiguranik                        | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
|                                   | Prezime i ime                              | JMBG / MB firme         |
|                                   | <input type="text"/>                       | Datum rođenja           |
|                                   | 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"/>    |
|                                   | Broj tekućeg računa/ kartičnog računa      |                         |

### Opšti podaci o osiguranom slučaju

- smrt usljed bolesti  
 smrt usljed nezgode

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                               | <input type="text"/>              | <input type="text"/>             |
| Ime i prezime vlasnika/korisnika vozila          | <input type="text"/>              | <input type="text"/>             |
| Vozačka dozvola vrijedi do                       | <input type="text"/>              | <input type="text"/>             |
| Navedi osiguravača kod kojeg je vozilo osigurano | <input type="text"/>              | <input type="text"/>             |

## Podaci o liječenju

Kada i gdje je osiguraniku pružena prva  
ljekarska pomoć?

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

Je li osiguranik bio na bolničkom  
liječenju?

da  
 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.

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?

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

\_\_\_\_\_  
Potpis podnosioca zahtijeva

Odgovarajuće označite