



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.  
Vladimira Popovića 8  
11070 Beograd / Srbija  
T +381.11.222.0.555  
F +381.11.711.39.34  
kontakt@generali.rs  
generali.rs

ZA (SN (OL) PR 08) 29-06

Broj polise \_\_\_\_\_

## Prijava štete od posledica nesrećnog slučaja

### Obavezno odgovoriti na sva postavljena pitanja

Ugovarač osiguranja \_\_\_\_\_  
(naziv preduzeća, radne organizacije, društva, škole, ustanove)

Adresa \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

<b>Osiguranik</b>	
1. Prezime i ime JMBG Broj pošte i mesto boravka Ulica i broj Broj mobilnog telefona E mail Broj kartice banke* Broj računa (za koji je izdata kartica)* <small>*Popuniti ukoliko je banka ugovarač osiguranja</small>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Datum nastanka nesrećnog slučaja	_____ godine u _____ časova
3. Detaljan opis nastanka nesrećnog slučaja (mesto, pri kojoj delatnosti i ko je kriv za povredu)	_____ _____ _____ _____
4. Vrsta povrede (šta je povređeno)	
5. Da li se usled nesrećnog slučaja vodi istraga i ko je vodi?	
6. U kojoj zdravstvenoj ustanovi je pružena prva pomoć?	
7. Do kog datuma ste bili nesposobni za rad?	
8. Da li ste pre ovog nesrećnog slučaja imali neku telesnu manu? Koju?	
9. Da li ste ranije imali istu povredu kao u ovom nesrećnom slučaju i sa kakvim posledicama?	
10. Da li ste u trenutku nezgode bili pod dejstvom alkohola ili droga i da li ste se od istih lečili?	

**Molim da mi se odšteta isplati na sledeći način (zaokružiti / popuniti podatke):**

1. Na moj račun (upisati broj računa, naziv i sedište banke)

2. Na šalteru najbliže pošte

- Da li ste saglasni da ovu prijavu štete i kompletnu propratnu dokumentaciju uz prijavu (uključujući i medicinsku dokumentaciju), Generali Osiguranju Srbija dostavi ugovarač osiguranja (privredno društvo, udruženje, škola, druga ustanova) ili posrednik/zastupnik u osiguranju posredstvom kojeg je ugovor o osiguranju zaključen?  DA  NE
- Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija okvirne podatke o statusu predmeta štete dostavi i ugovaraču osiguranja (privrednom društvu, udruženju, školi, drugoj ustanovi) i posredniku/zastupniku u osiguranju posredstvom kojih je ugovor o osiguranju zaključen?  DA  NE
- Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija vašem poslodavcu dostavlja zahteve i informacije o nedostajućoj dokumentaciji (uključujući i medicinsku dokumentaciju) koja je potrebna radi okončanja postupka likvidacije štete i da tu naknadno pribavljenu dokumentaciju vaš poslodavac dostavlja Generali Osiguranju Srbija?  DA  NE
- Saglasan sam da putem SMS-a na br. telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju.  DA  NE
- Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obaveštenja i Rešenje o isplati.  DA  NE

**Svojim potpisom na ovom obrascu:**

- izjavljujem da sam na sva pitanja istinito i potpuno odgovorio/la, kao i da ne postoje nikakve materijalne činjenice koje su mi poznate a nisam ih prijavio/la;
- dajem saglasnost da osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski tretman, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osigurnim slučajem i da će eventualne troškove snositi osiguravač.
- potvrđujem da sam upoznat i saglasan sa činjenicom da će Društvo primeniti posebne mere opreza u pogledu isplata po ugovoru o osiguranju, ukoliko se utvrdi da je ugovarač, osiguranik ili oštećeno lice subjekt primene međunarodnih sankcija u skladu sa lokalnim propisima, Rezolucijama Ujedinjenih nacija, propisa Evropske unije ili Sjedinjenih Američkih država.
- dajem pristanak osiguravaču da obrađuje podatke o mom zdravstvenom stanju u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju;
- oslobađam profesionalne obaveze čuvanja tajne lekare i paramedicinsko osoblje koje me je (moje dete/štićenika) pregledalo pre, u toku i posle nastanka osiguranog slučaja i dajem pristanak zdravstvenoj ustanovi koja mi je (mom detetu/štićeniku) pružila medicinsku uslugu, da saopšti osiguravaču sve neophodne informacije u vezi sa zdravstvenim stanjem i lečenjem.

U \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ god.

\_\_\_\_\_ svojeručni potpis osiguranika/korisnika

**Potvrda preduzeća, radne organizacije, društva, škole, ustanove (kod kolektivnog osiguranja)**

1. G-din (-da) \_\_\_\_\_

je naš radnik, član, učenik, student, klijent banke neprekidno od \_\_\_\_\_

(u nastavku popuniti ako se šteta prijavljuje u svojstvu klijenta banke) po osnovu ugovora o tekućem računu broj \_\_\_\_\_

i da mu je dana \_\_\_\_\_ izdata kartica broj \_\_\_\_\_

Na dan nesrećnog slučaja bio/-la je zaposlen/-a /u svojstvu kao \_\_\_\_\_

2. Do dana nastanka nesrećnog slučaja nije dao izjavu da ne želi da bude osiguran.

**Podaci o korisnicima osiguranja (samo u slučaju smrti osiguranika)**

Prezime, ime i adresa zakonskog naslednika	JMBG	Srodstvo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Svojeručnim potpisom ovlašćeno lice potvrđuje tačnost navedenih ličnih podataka osiguranika i tvrdi da je osiguranik/korisnik osiguranja lično potpisao ovu prijavu štete.

U \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ god.

\_\_\_\_\_ potpis ovlašćenog lica  
(ime i prezime i funkcija ovlašćenog lica)