



**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) 29-07

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

## Prijava odštetnog zahteva 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)