



**Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica**  
Kralja Nikole 27a / VI  
81000 Podgorica / Crna Gora  
T +382.20.444.800  
F +382.20.444.810  
general@generali.me  
generali.me

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

## Prijava odštetnog zahtjeva od posljedica nesrećnog slučaja

### Obavezno odgovoriti na sva postavljena pitanja

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

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

<b>Osiguranik</b>	
1. Prezime i ime JMBG Broj pošte i mjesto boravka Ulica i broj Kontakt telefon E-mail adresa	_____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Datum nastanka nesrećnog slučaja	_____ godine u _____ časova
3. Detaljan opis nastanka nesrećnog slučaja (mjesto, pri kojoj djelatnosti i ko je kriv za povredu)	
4. Vrsta povrede (šta je povrijeđeno)	
5. Da li se usljed 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 prije ovog nesrećnog slučaja imali neku tjelesnu manu? Koju?	
9. Da li ste ranije imali istu povredu kao u ovom nesrećnom slučaju i sa kakvim posljedicama?	
10. Da li ste u trenutku nezgode bili pod dejstvom alkohola ili droga i da li ste se od istih liječili?	

**Molim da mi se odšteta isplati na**

Na moj žiro račun (upisati broj računa, naziv i sjedište banke)

---

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Ovlašćujem ljekare koji me liječe ili su me liječili, organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, da mogu dati sve podatke koje bi tražilo Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica.

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

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

---

---

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

1. G-din (-đa) \_\_\_\_\_

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

Na dan nesrećnog slučaja bio je zapošljen (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 nasljednika	JMBG	Srodstvo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Potpisom na zahtjevu za isplatu štete osiguranik potvrđuje da je upoznat da će njegove lične podatke koji su sadržani u ovom zahtjevu, kao i sve druge relevantne podatke koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, osiguravač čuvati, obrađivati, koristiti i prenijeti svojim zaposlenima i trećim licima sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju.

Svojim potpisom osiguranik potvrđuje da je izričito saglasan da osiguravač njegove podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procjene rizika pri obnovi i zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslijediti svim članicama Generali grupe, članovima svojih organa, svojim akcionarima, zaposlenima, trećim licima sa kojima osiguravač ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

U \_\_\_\_\_

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

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

M.P.

\_\_\_\_\_  
potpis ovlašćenog lica