Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
Milentija Popovića 7b
11070 Beograd / Srbija
T +381.11.222.0.555
F +381.11.222.79.92
kontakt@generali.rs
generali.rs

Sindikalna organizacija .....

.....

Polisa broj .....

Prijava broj .....

Prijava štete od posledica nesrećnog slučaja (za članove SSO-SSF)

Podaci o osiguraniku

Prezime i ime osiguranika	_____
JMBG	_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_
Adresa i mesto stanovanja	_____
Mesto, datum i vreme nastanka osiguranog slučaja	U _____, _____ godine u _____ časova

Osnov za prijavu štete

- ☐ 1. Invaliditet usled nezgode
- ☐ 2. Dnevna naknada za bolovanje zbog povrede usled nezgode
- ☐ 3. Troškovi lečenja usled nezgode
- ☐ 4. Dnevna naknada za bolovanje usled profesionalnog oboljenja
- ☐ 5. Troškovi lečenja usled profesionalnog oboljenja
- ☐ 6. Smrt usled nezgode osiguranog člana Sindikata
- ☐ 7. Smrt usled bolesti osiguranog člana Sindikata
- ☐ 8. Smrt bračnog druga ili deteta usled nezgode
- ☐ 9. Smrt bračnog druga ili deteta usled bolesti
- ☐ 10. Smrt zajedničkog člana domaćinstva usled nezgode
- ☐ 11. Smrt zajedničkog člana domaćinstva usled bolesti

Podaci za osnov 1, 2, 3, 6, 8, 10

Detaljan opis nastanka nesrećnog slučaja (mesto, pri kojoj delatnosti, uzrok nastanka)	_____ _____ _____
Koje povrede je nezgoda prouzrokovala? (šta je povređeno)	_____ _____

KORISNIK za slučaj smrti i IZJAVA o namirenju

Ja _____

sa boravištem (mesto) _____ (adresa) _____

JMBG: _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_ saglasan sam da se isplata naknade iz osiguranja uplati na na račun Ugovarača osiguranja, koji će nakon toga izvršti isplatu na moj račun i obavezujem se da ću izmiriti sve eventualne naslednike po gore navedenom osnovu i zakonskom redu.

Izjavu dao: _____

NAPOMENA: Isplata štete, po bilo kom osnovu, se vrši preko sindikalne organizacije!

Svojim potpisom na ovoj Prijavi ovlašćujem bilo kog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, ustanovu socijalnog ili zdravstvenog osiguranja, odnosno drugo društvo za osiguranje, da Generali Osiguranju Srbija a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač), bez moje posebne saglasnosti, daju bilo koju informaciju, istoriju bolesti, medicinsku dokumentaciju o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju u vezi sa konkretnim osiguranim slučajem, službeni dokument ili potvrdu koju Osiguravač smatra neophodnom za procenu osnovanosti ove Prijave. Potpisom na ovoj Prijavi potvrđujem da sam izričito saglasan da Osiguravač, lične podatke koji su sadržani u njoj, sve druge relevantne podatke (uključujući i podatke o zdravstvenom stanju) koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, može čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima i trećim licima sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju usluga, ugovor o zastupanju u osiguranju, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Takođe, potvrđujem da sam izričito saglasan/na da Osiguravač podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti svim povezanim pravnim licima, članovima svojih organa, 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.

Mesto i datum	Podnosilac prijave	Overava
_____	_____	M.P. _____
	osiguranik - korisnik	ovlašćeno lice