

Broj police:

Broj štete:

Primljeno:

UGOVARATELJ OSIGURANJA

Ime i prezime / naziv tvrtke

OIB

Adresa

Broj telefona ili mobitela

Broj fax-a i/ili e-mail adresa

OSIGURANIK (osoba koja je pretrpjela nezgodu)

Ime i prezime

OIB

Adresa

Broj telefona ili mobitela

Broj fax-a i/ili e-mail adresa

OPĆI PODACI O NEZGODI (molimo navedite točne, detaljne podatke):

Podaci o nezgodi, datum i vrijeme:

Mjesto nezgode:

Detaljan opis nezgode:

Je li osiguranik sam uzrokovao nezgodu?

Da Ne

Nezgodna na radu? Da Ne

Ima li ozlijeđeni obvezno Zdravstveno osiguranje?

Da Ne

Kod kojeg Zavoda za Zdravstveno osiguranje? Navesti ime i prezime liječnika opće prakse i adresu ustanove u kojoj radi.

Ima li osiguranik kod drugih Osiguratelja ugovor o osiguranju od nezgode? Da Ne Ako da, navesti drugog/druge osiguratelje i broj police.

Je li izvršen očevid na mjestu nezgode, odnosno kojoj je policijskoj upravi prijavljena nezgoda?

Da Ne

Naziv policijske uprave MUP-a ili druge ustanove.

Je li nezgodom oštećena osoba konzumirala alkohol/narkotike?

Da Ne

Koji? U kojoj količini?

Je li sastavljen zapisnik o alkotestiranju?

Da Ne

Ako je sastavljen zapisnik o alkotestiranju potrebno ga je priložiti.

U SLUČAJU PROMETNE NEZGODE NAVEDITE SLJEDEĆE PODATKE:**Vozilo koje je uzrokovalo nezgodu**

Ime i prezime vozača:

Registarska oznaka:

Navesti osiguratelja kod kojeg je vozilo osigurani i broj police:

Broj vozačke dozvole, vrijedi do:

Vozilo drugog sudionika u nezgodi

Ime i prezime vozača:

Registarska oznaka:

Navesti osiguratelja kod kojeg je vozilo osigurani i broj police:

Broj vozačke dozvole, vrijedi do:

PUNOMOĆ OSIGURATELJU I IZJAVA ZA ISPLATU NAKNADE

Ovlašćujem liječnike i zdravstvene ustanove kod kojih se liječim ili sam se liječio, kao i nositelje privatnog ili obveznog osiguranja, da Generali osiguranju d.d. daju na uvid i predaju dokaze i podatke koji se odnose na moje zdravstveno stanje i liječenje (liječničke nalaze, povijesti bolesti, otpusna pisma i sl.) i oslobađam ih obveze čuvanja profesionalne tajne. Ovlašćujem Generali osiguranje d.d. da od svih državnih organa, ustanova, sudova (MUP, sudovi, inspektori, liječničke ordinacije i sl.) traži i ima pravo uvida u dokumentaciju u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi sa prijavljenom nezgodom.

Naknadu isplatiti na račun broj:

Ime i prezime vlasnika računa i broj osobne iskaznice:

Broj IBAN računa:

Svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja u ovom obrascu odgovorio potpuno i istinito i da je potpis valjan.

Mjesto i datum

Potpis ozlijeđene osobe (osiguranika)

Potpis ugovaratelja osiguranja

PODACI O LIJEČNIKU (popunjava liječnik)

Kada je zbog ozljede u nezgodi pružena prva liječnička pomoć? Datum, vrijeme, u kojoj ustanovi, ime i prezime liječnika:

Posljedice nezgode

Molimo navedite točne podatke o pretrpljenim ozljedama (navedite dijagnoze):

Trajanje nesposobnosti za rad - bolovanje

od

do

Je li ozlijeđena osoba bila na stacionarnom liječenju?

 Da Ne

Naziv bolnice ili druge ustanove, trajanje liječenja.

Ima li nezgoda kao posljedicu trajnu invalidnost?

 Da Ne Moguće

Detaljan opis dijagnoze i postotak trajne invalidnosti.

Bolesti i oštećenja prije nezgode?

 Da Ne

Navesti bolesti, tjelesna oštećenja ili degenerativne promjene koje je ozlijeđena osoba imala prije nezgode, a osobito ograničenja pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, ozljede ili bolesti kralježnice, meniska, bolesti srca, dijabetes, ovisnosti o alkoholu ili drugim drogama, epilepsiju, ograničenja sluha ili vida i sl.

Jesu li ranije bolesti, tjelesna oštećenja, zdravstvena ograničenja, utjecaj alkohola ili droge imali udjela u nastanku nezgode i posljedicama nezgode?

 Da Ne Moguće Ako da, u kojem smislu i opsegu?

Potpisom ovog obrasca, pod moralnom i zakonskom odgovornošću potvrđujem da su svi upisani podaci točni, potpuni i ažurni te jamčim za njihovu točnost i kada nisu napisani vlastoručno. Ovlašćujem Generali osiguranje d.d. da poduzme sve potrebne radnje i ima uvid u sve dokumente potrebne za rješavanje osiguranog slučaja te izjavljujem da sam upoznat sa svrhom u koju se navedeni osobni podaci prikupljaju i dalje obrađuju. Izjavljujem da sam upoznat o izravnoj komunikaciji s poslovnom bazom Generali osiguranja d.d. radi dobivanja informacije o statusu moje prijavljene štete. Izjavljujem da podatke iz ovog obrasca neću proslijeđivati neovlaštenim osobama te da ću ih štiti od moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba.

(mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)