



# Prijava nezgode

Generali osiguranje d.d.

Bani 110, 10 010 Zagreb, Hrvatska  
Telefon: 01/ 4600 400  
Telefax: 01/ 4600 600  
Internet: www.generali.hr  
E-mail: info@generali.hr

Broj police:

Broj štete:

Primljeno:

## UGOVARATELJ OSIGURANJA

Ime prezime / naziv tvrtke

MBG/MB

Adresa

Broj telefona

## OSIGURANIK (osoba koja je pretrpjela nezgodu)

Ime prezime

MBG/MB

Adresa

Zanimanje

## 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

Nezgoda na radu?  Da  Ne

IMA LI ozljeđeni obavezno Zdravstveno osiguranje?  Da  Ne

Kod kojeg Zavoda za Zdravstveno osiguranje? Navesti ime i prezime lječnika 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 osiguratele 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 SLIJEDEĆE PODATKE:

### Vozilo koje je uzrokovalo nezgodu

Ime i prezime vozača:

Registarska oznaka:

Navesti osiguratelja kod kojeg je vozilo osigurano 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 osigurano 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 osiguranje 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, inspektorati liječničke ordinacije i sl.) traži i ima pravo uvida u dokumentaciju sadržanu u spisima koji se vode kod tih subjekata u svezi sa prijavljenom nezgodom.

Naknadu isplatiti na račun broj:

Ime i prezime vlasnika računa:

Naziv banke i žiro račun banke:

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

Mjesto i datum

Potpis ozlijedene osobe (osiguranika)

Potpis ugovaratelja osiguranja

## PODACI O LIJEČNIKU (popunjavanje liječnik)

Kada je zbog ozljeda 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 - bolovanja

od

do

Je li ozlijedena 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 ozlijedena osoba imala prije nezgode, a osobito: ograničenje pokretljivosti udova i dijelova tijela, amputacije, ozljede ili bolesti kralješnice, 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?

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

(mjesto i datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)