



# DELTA GENERALI

## Osiguranje

Broj polise

DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd  
Milentija Popovića 7b, 11000 Beograd  
Tel.: 011/2220555, Fax: 011/3114381

## Prijava štete

### od posledica nesrećnog slučaja

**Obavezno odgovoriti na sva postavljena pitanja**

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

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

Osiguranik	
1. Prezime i ime JMBG Broj pošte i mesto boravka Ulica i broj Kontakt telefon	_____ _____ _____ _____ _____
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

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno. Ovlašćujem lekare koji me leče ili su me lečili, organe koji su vodili ili vode bilo kakvu istragu u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, da mogu dati sve podatke koje bi tražilo DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd.

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

Svojim potpisom osiguranik/korisnik potvrđuje da je izričito saglasan da njegove podatke iz prethodnog stava osiguravač 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 članicama Delta grupe i 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 \_\_\_\_\_ 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 zaposlen (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.

M.P.

\_\_\_\_\_  
potpis ovlašćenog lica