



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
 Vladimira Popovića 8
 11070 Beograd / Srbija
 T +381.11.222.0.555
 F +381.11.222.79.92
 kontakt@generali.rs
 general.rs

ZA (SN (OL) PR 15) 03-10

Broj polise

ZAHTEV ZA NAKNADU Kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija

Ime i prezime osiguranog lica:	Ugovarač i adresa ugovarača:
JMBG osiguranog lica:	E-mail osiguranog lica:
Adresa osiguranog lica:	Broj mobilnog telefona osiguranog lica:
Mesto i država rođenja:	Državljanstvo (uneti sve države čije državljanstvo posedujete):
Način isplate naknade - Molim da mi se naknada isplati na sledeći način:	
<input type="checkbox"/> 1. Na moj račun (upisati broj računa i naziv banke) _____	
<input type="checkbox"/> 2. Na moj JMBG (isplaćenu naknadu možete podići u najbližjoj poslovnicu Pošte uz ličnu kartu)	
<input type="checkbox"/> Zahtev za težu bolest	<input type="checkbox"/> Zahtev za hiruršku intervenciju i težu operaciju
Navesti datum kada se osigurano lice prvi put obratilo lekaru ili zdravstvenoj ustanovi sa simptomima bolesti, kada je i od strane koga utvrđena dijagnoza prijavljene teže bolesti:	Navesti datum kada je prvi put savetovano obavljanje hirurške intervencije, odnosno operacije koja se prijavljuje:
Prepisati dijagnozu teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac:	Tačan naziv i vrsta izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom):
Da li je osigurano lice već bolovalo od iste vrste teže bolesti?	Navesti datum prijema u bolnicu i datum izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije:
Navesti da li je osigurano lice ranije dobilo naknadu po osnovu ovog osiguranja. Ukoliko je odgovor pozitivan, navesti kada i po kom osnovu.	
Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj i kopije izveštaja specijaliste ili bolnice iz kojih se može utvrditi da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokriveno ovim osiguranjem, i iz kojih se mogu videti podaci o prijavljenoj težoj bolesti.	
Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije izveštaja specijaliste i uputa za odlazak u bolnicu, zajedno sa otpusnom listom sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom za konkretan osigurani slučaj iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije, odnosno operacije.	
<ul style="list-style-type: none"> • Da li ste saglasni da ovaj zahtev i kompletnu propratnu dokumentaciju uz zahtev (uključujući i medicinsku dokumentaciju), Generali Osiguranju Srbija dostavi ugovarač osiguranja (privredno društvo, udruženje, škola, druga ustanova) ili posrednik/zastupnik u osiguranju posredstvom kojeg je ugovor o osiguranju zaključen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija Odluku o zahtevu dostavi i ugovaraču osiguranja (privrednom društvu, udruženju, školi, drugoj ustanovi) i posredniku/zastupniku u osiguranju posredstvom kojih je ugovor o osiguranju zaključen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija Vašem poslodavcu dostavlja zahteve i informacije o nedostajućoj dokumentaciji (uključujući i medicinsku dokumentaciju) koja je potrebna radi okončanja postupka likvidacije Vašeg predmeta i da tu naknadno pribavljenu dokumentaciju Vaš poslodavac dostavlja Generali Osiguranju Srbija? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Saglasan sam da putem SMS-a na br. telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obaveštenja i Odluku o zahtevu. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 	
Svojim potpisom na ovom obrascu: <ul style="list-style-type: none"> • izjavljujem da sam na sva pitanja istinito i potpuno odgovorio/la, kao i da ne postoje nikakve materijalne činjenice koje su mi poznate a nisam ih prijavio/la; • dajem saglasnost da osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski tretman, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem i da će eventualno troškove snositi osiguravač. • dajem pristanak osiguravaču da obrađuje podatke o mom zdravstvenom stanju u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju; • oslobađam profesionalne obaveze čuvanja tajne lekare i paramedicinsko osoblje koje me je (moje dete/štićenika) pregledalo pre, u toku i posle nastanka osiguranog slučaja i dajem pristanak zdravstvenoj ustanovi koja mi je (mom detetu/štićeniku) pružila medicinsku uslugu, da saopšti osiguravaču sve neophodne informacije u vezi sa zdravstvenim stanjem i lečenjem. 	
Obaveštenje o obradi podataka o ličnosti u postupku obrade zahteva za isplatu naknade/osigurane sume možete preuzeti na internet stranici Društva www.generali.rs , u delu Zaštita ličnih podataka.	
Osiguravač nije u obavezi da pruži osiguravajuće pokrivenje niti da plati bilo kakav odštetni zahtev ili isplati bilo kakvu naknadu na osnovu ovog ugovora o osiguranju u onoj meri u kojoj bi ga pružanje takvog pokrivenja, plaćanje takvog odštetnog zahteva ili omogućavanje takve naknade izložilo bilo kakvoj sankciji, zabrani ili ograničenju na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskih ili ekonomskih sankcija, zakona ili propisa Evropske unije, Sjedinjenih Američkih država ili Republike Srbije.	
U _____ 20___ god.	_____
	Potpis osiguranog lica

	Potpis lica koje popunjava zahtev (ukoliko osigurano lice nije u mogućnosti da popuni prijavu)

Potvrda preduzeća ili radne organizacije

1. G-din/đa _____

je naš zaposleni/na neprekidno od _____

Zaposleni/na je u toku trajanja ugovora o osiguranju bio/la zaposlen/a na radnom mestu _____

2. Do dana nastanka osiguranog slučaja nije dao/la izjavu da ne želi da bude osiguran/a.

3. Osiguran/a je polisom osiguranja broj _____

U _____ 20____ god.

Potpis odgovornog lica

Potpis ovlašćenog lica
(ime i prezime i funkcija ovlašćenog lica)