



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
Španskih boraca 3
11070 Beograd / Srbija
T +381.11.222.0.555
kontakt@generali.rs
generali.rs

ZA (DL (AD) PR 01) 97-13

Broj polise

ZAHTEV ZA NAKNADU Prijava teže bolesti

PODACI O OSIGURANIKU/KORISNIKU OSIGURANJA

1. Ime (ime jednog roditelja) i prezime																	
2. JMBG		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
3. Mesto i država rođenja																	
4. Državljanstvo/a (uneti sve države čija državljanstva posedujete)																	
5. Prebivalište	a) Ulica i broj																
	b) Mesto i poštanski broj																
	c) Država																
6. Adresa trenutnog boravišta	a) Ulica i broj																
	b) Mesto i poštanski broj																
	c) Država																
7. Adresa za slanje pošte	a) Ulica i broj																
	b) Mesto i poštanski broj																
	c) Država																
8. Brojevi telefona (obavezno je upisati brojeve mobilnog i fiksnog telefona)																	
9. E-mail																	
10. Da li imate punomoćnika sa boravištem/sedištem u SAD?		DA ☐ NE ☐															
11. Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje DA, navesti sledeće podatke:																	
A. Ime i prezime/Naziv punomoćnika																	
B. Podaci o prebivalištu/ boravištu/sedištu punomoćnika	a) Ulica i broj																
	b) Mesto i poštanski broj																
	c) Država																
12. Broj računa u banci																	
13. Naziv i sedište banke																	
14. Da li ste poreski obveznik druge države? Ukoliko jeste, koje?																	

OPIS NASTANKA TEŽE BOLESTI

Datum kada se osiguranik prvi put obratio lekaru ili zdravstvenoj ustanovi sa simptomima bolesti, kada je i od strane koga utvrđena dijagnoza prijavljene teže bolesti:

Dijagnoza teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac:

Da li je osiguranik bolnički ili ambulantno lečen ili se leči, a u vezi sa prijavljenom težom bolesti:

Navesti broj zdravstvenog kartona osiguranika, kao i naziv i adresu zdravstvene ustanove gde se osiguranik leči ili lečio:

NAPOMENA

Da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije zdravstvene dokumentacije iz koje se može uvideti da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokrivene ovim osiguranjem, zdravstveni karton i kopije izveštaja specijaliste ili bolnice, zajedno sa ostalom zdravstvenom dokumentacijom iz koje se mogu videti podaci o prijavljenoj težoj bolesti.

IZJAVA O STVARNOM VLASNIKU ZA FIZIČKO LICE

Izjavljujem pod punom odgovornošću da zahtev podnosim u svoje ime i za svoj račun i da ne postoji drugo lice koje me posredno ili neposredno kontroliše, ili za čiji račun istupam

DA ☐

NE ☐

Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje NE molimo Vas da navedete podatke o licu za čiji račun istupate

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.

Da li ste saglasni da ovaj zahtev i kompletnu propratnu dokumentaciju uz zahtev (uključujući i medicinsku dokumentaciju), Generali Osiguranju Srbija a.d.o. dostavi ugovarač osiguranja ili posrednik/zastupnik u osiguranju posredstvom kojeg je ugovor o osiguranju zaključen?

DA ☐

NE ☐

Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija dostavi Odluku o zahtevu ugovaraču osiguranja i/ili posredniku/zastupniku u osiguranju čijim posredstvom je zaključen ugovor o osiguranju?

DA ☐

NE ☐

Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija ugovaraču osiguranja i/ili posredniku/zastupniku dostavi zahteve i informacije o dokumentaciji koja nedostaje, uključujući i medicinsku, a potrebna je za okončanje postupka likvidacije Vašeg zahteva, i da tu naknadno pribavljenu dokumentaciju ugovarač/posrednik/zastupnik dostavi Generali Osiguranju Srbija?

DA ☐

NE ☐

Saglasan sam da putem SMS-a na br. telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju

DA ☐

NE ☐

Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obaveštenja i Rešenje o isplati

DA ☐

NE ☐

PRILOŽENA DOKUMENTA

Uz ovu prijavu prilažem i sledeća dokumenta:

1. Popunjen AML upitnik za klijenta
2. Fotokopiju lične karte osiguranika
3. Zdravstveni karton osiguranika
4. Medicinsku dokumentaciju kada je prvi put dijagnostikovana prijavljena teža bolest
5. Svu ostalu dokumentaciju vezanu za nastanak osiguranog slučaja

Napomena: označiti dokumente koji se prilažu.

Svojim potpisom:

- 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 osiguranika.

Osiguravač nije u obavezi da pruži osiguravajuće pokriće 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 pokrića, 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 _____ dana _____ godine.

Potpis osiguranika

NAPOMENA: Za korisnike osiguranja uz Prijavu odštetnog zahteva obavezno dostaviti popunjen AML upitnik za klijenta.