



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

ZA (SN (OL) PR 17) 10-11

Broj potvrde/polise/kartice

ZAHTEV ZA NAKNADU Putno osiguranje

Osiguranik	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa (ulica i broj, br. pošte i mesto)	
Državljanstvo	
Država rođenja	
Broj pasoša	
Broj potvrde/polise/kartice	
Broj mobilnog telefona	
E-mail adresa	
Podaci o osiguranom slučaju	
Destinacija putovanja	
Datum izlaska sa teritorije Republike Srbije i datum ulaska na teritoriju Republike Srbije	Datum izlaska god.
	Datum ulaska god.
Datum, vreme i mesto nastanka osiguranog slučaja	
Uzrok nastanka osiguranog slučaja	
Pri kojoj aktivnosti (ako je u pitanju povreda)	
Vrsta bolesti, povrede	
Da li je ranije postojala slična povreda ili bolest?	
U slučaju bolničkog lečenja navesti datum prijema u zdravstvenu ustanovu u kojoj je osiguranik lečen i datum otpuštanja iz nje	Datum prijema god.
	Datum otpuštanja god.
Iznos ukupnih troškova	

Uz ovu prijavu priložena su i sledeća dokumenta:

- original/kopija potvrde/polise, odnosno kartica osiguranja;
- kopija pasoša sa dokazom o početku boravka u inostranstvu;
- medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, kompletnu istoriju bolesti pacijenta i dnevnih opažanja lekara koji je lečio osigurano lice sa vrstom prepisane terapije/leka;
- računi/potvrde koji:
 - glase na ime i prezime osiguranika
 - sadrže datume tretmana;
 - sadrže dijagnozu ili specifikaciju pruženih medicinskih usluga, kao i vrstu prepisanog leka,
 - overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta;
- zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode), u slučaju da je povreda osiguranika posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
- dokumenta sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izveštajem lekara koji je konstatovao smrt;
- sva ostala dokumenta potrebna za obračun naknade, a koje zahteva osiguravač.

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

Svojim potpisom na ovom obrascu:

- 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;
- ovlašćujem svakog lekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da osiguravaču, bez moje posebne saglasnosti, daju bilo koju informaciju, istoriju bolesti, medicinsku dokumentaciju o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju u vezi sa konkretnim osiguranim slučajem, i službeni dokument ili potvrdu koju osiguravač smatra neophodnom za procenu osnovanosti ovog Zahteva za naknadu;
- potvrđujem da sam izričito saglasan da osiguravač obrađuje podatke o mom zdravstvenom stanju u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju. Upoznat sam da bez prikupljanja i obrade podataka o zdravstvenom stanju osiguranika osiguravač nije u mogućnosti da izvrši ugovor o osiguranju.

Obaveštenje o obradi podataka o ličnosti u postupku obrade zahteva za isplatu naknade možete preuzeti na internet stranici Društva www.general.rs, u delu Zaštita ličnih podataka.

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.

IZJAVA

Izjavljujem da sam saglasan/na da mi se novac isplati na:

1. Tekući račun broj

Poslovna banka

Ime i prezime vlasnika računa

2. Preko JMBG-a (novac možete da podignete uz ličnu kartu u najbližoj Pošti)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

U _____ 20__ god.

Potpis podnosioca zahteva

Broj lične karte