



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
 Vladimira Popovića 8
 11070 Beograd / Srbija
 T +381.11.222.0.555
 F +381.11.711.39.34
 kontakt@generali.rs
 general.rs

Zahtev za prijavu hirurške intervencije za korisnike Intesa Magnifica tekućih računa

Ime i prezime osiguranika	Ugovarač osiguranja Banca Intesa ado Beograd
JMBG osiguranika	E-mail osiguranika
Adresa osiguranika	Broj mobilnog telefona osiguranika
Način isplate odštete - Molim da mi se odšteta isplati na sledeći način:	
<input type="checkbox"/> 1. Na moj račun (upisati broj računa, naziv i sedište banke)	
<input type="checkbox"/> 2. Na šalteru najbliže pošte uz ličnu kartu	
Navedi datum kada je prvi put savetovano obavljanje hirurške intervencije koja se prijavljuje:	
Tačan naziv i vrsta izvršene hirurške intervencije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom):	
Navedi datum prijema u bolnicu i datum izvršene hirurške intervencije:	
Navedi 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, 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.	
<ul style="list-style-type: none"> <li style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 10px;"> • Da li ste saglasni da ovu prijavu štete i kompletnu propratnu dokumentaciju uz prijavu (uključujući i medicinsku dokumentaciju), Generali Osiguranju Srbija dostavi ugovarač osiguranja ili posrednik/zastupnik u osiguranju posredstvom kojeg je ugovor o osiguranju zaključen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <li style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 10px;"> • Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija okvirne podatke o statusu predmeta štete dostavi i ugovaraču osiguranja i posredniku/zastupniku u osiguranju posredstvom kojih je ugovor o osiguranju zaključen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <li style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 10px;"> • Saglasan sam da putem SMS-a na broj telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <li style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> • Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obaveštenja i Rešenja o isplati. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE 	
<p>Svojim potpisom na ovom obrascu:</p> <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 eventualne troškove snositi osiguravač. • potvrđujem da sam upoznat i saglasan sa činjenicom da će Društvo primeniti posebne mere opreza u pogledu isplata po ugovoru o osiguranju, ukoliko se utvrdi da je ugovarač, osigurani ili oštećeno lice subjekt primene međunarodnih sankcija u skladu sa lokalnim propisima, Rezolucijama Ujedinjenih nacija, propisa Evropske unije ili Sjedinjenih Američkih Država. • 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. 	
U _____ 20____ god.	_____ Potpis osiguranika
	_____ Potpis lica koje popunjava prijavu (ukoliko osigurano lice nije u mogućnosti da popuni prijavu)