



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
generali.rs

ZA (SN (OL) PR 15) 03-06

Broj polise

Zahtev za prijavu štete za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj teških 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:
Način isplate odštete - Molim da mi se odšteta isplati na sledeći način:	
<input type="checkbox"/> 1. Na moj račun/moju kreditnu partiju (upisati broj računa-broj kreditne partije, naziv i sedište banke) _____	
<input type="checkbox"/> 2. Na šalteru najbliže pošte uz ličnu kartu	
<input type="checkbox"/> Prijava za težu bolest	<input type="checkbox"/> Prijava za hiruršku intervenciju i težu operaciju
Navešti 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:	Navešti 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?	Navešti datum prijema u bolnicu i datum izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije:
Navešti 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 pokrivena ovim osiguranjem, i iz kojih se mogu videti podaci o prijavljenoj težjoj 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.
<input type="checkbox"/> Da li ste saglasni da ovu prijavu štete i kompletnu propratnu dokumentaciju uz prijavu (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
<input type="checkbox"/> 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 štete i da tu naknadno pribavljenu dokumentaciju vaš poslodavac dostavlja Generali Osiguranju Srbija?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Saglasan sam da putem SMS-a na br. telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obaveštenja i Rešenje o isplati.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Svojim potpisom na ovom obrascu:	
<input type="checkbox"/> 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;	
<input type="checkbox"/> 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;	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> dajem pristanak osiguravaču da obrađuje podatke o mom zdravstvenom stanju u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju;	
<input type="checkbox"/> 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 osiguranog lica

	Potpis lica koje popunjava prijavu (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)