



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
generali.rs

ZA (SN (OL) PR 17) 10-07

Broj potvrde/polise

Zahtev za prijavu štete putnog osiguranja

Osiguranik	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa (ulica i broj, br. pošte i mesto)	
Državljanstvo	
Broj pasoša	
Broj potvrde/polise	
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	
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;
- originalni 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 osigura- vaču, 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 dokumenti ili potvrdu koju osiguravač smatra neophodnom za procenu osnovanosti ovog Zahteva za prijavu štete;
- 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.
- potvrđujem da sam upoznat i saglasan sa činjenicom da će osiguravač primeniti posebne mere opreza u pogledu obezbeđivanja osiguravajućeg pokrivača, kao i u pogledu isplata po ugovoru o osiguranju, ukoliko se utvrdi da je ugovarač, osiguranik ili pružalac zdravstvene usluge subjekt primene međunarodnih sankcija u skladu sa lokalnim propisima, rezolucijama Ujedinjenih nacija, propisa Evropske unije ili Sjedinjenih Američkih država.

IZJAVA

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

1. Tekući račun broj

Poslovna banka

Ime i prezime vlasnika računa

2. Ostalo

U _____ 20__ god.

Potpis podnosioca zahteva

Broj lične karte