



**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 (DL (AD) PR 01) 97-10

Broj polise .....

## ZAHTEV ZA NAKNADU Prijava teže bolesti

### PODACI O OSIGURANIKU/KORISNIKU OSIGURANJA

1. Ime (ime jednog roditelja) i prezime																						
2. JMBG		<table border="1"><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><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 fiksog telefona)																						
9. E-mail																						
10. Da li imate punomoćnika sa boravištem/sedištem u SAD?		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>																				
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.

## UPITNIK U CILJU POSTUPANJA PO FATCA ZAHTEVIMA (izjava o samopotvrđivanju)

Imajući u vidu sporazum IGA FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), koji je Vlada Republike Srbije zvanično potpisala sa Vladom SAD-a, kompanija GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. je u obavezi da Vas zamoli da odgovorite na dole navedena pitanja.

1. Da li ste građanin/rezident\* Sjedinjenih Američkih Država? DA  NE

2. Da li ste poreski obveznik u Sjedinjenim Američkim Državama? DA  NE

Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje DA navesti poreski identifikacioni broj (TIN)

\*Rezident Sjedinjenih Američkih Država je svaka ona osoba koja ispunjava sledeće kriterijume:

–ima dozvolu stalnog boravka (Green Card)

–provela je tekuće i prethodne dve godine više od ukupno 183 dana u Sjedinjenim Američkim Državama (način za izračunavanje broja dana: dani tekuće godine se računaju u celosti, minimum 31 dan, dani prošle kao jedna trećina, a dani godine koja prethodi prošloj godini računaju se kao šestina)

–prijavila je svoje prihode sa prihodima svojih američkih partnera.

Iz ovoga se izuzimaju:

–diplomate i zaposleni u međunarodnim organizacijama i članovi njihovih porodica, profesionalni sportisti (pod određenim uslovima), studenti, profesori  
–osobe koje su se odrekle američkog državljanstva i/ili dozvole stalnog boravka (Green Card).

Za više obaveštenja o kriterijumima za utvrđivanje rezidenta Sjedinjenih Američkih Država sa obavezom plaćanja poreza, molimo, pogledajte sajt IRS: <http://www.irs.gov>

U svakom slučaju, ukoliko se u toku procesa postupanja po ovom zahtevu utvrde indicije o SAD statusu klijenta, GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. može Vas naknadno kontaktirati i tražiti dodatno izjašnjavanje ili dodatnu dokumentaciju koja će biti sastavni deo ovog dokumenta.

Obaveštenje o obradi podataka o ličnosti u postupku obrade zahteva za isplatu naknade/osigurane sume možete preuzeti na internet stranici Društva [www.general.rs](http://www.general.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 osiguranjučijim 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 Rešenja o isplati DA  NE

## PRILOŽENA DOKUMENTA

Uz ovu prijavu prilažem i sledeća dokumenta:

1. Popunjen Obrazac za identifikaciju funkcionera
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