



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

Broj polise

Zahtev za prijavu štete za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih 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	
Navesti 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:	Navesti 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?	Navesti datum prijema u bolnicu i datum izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije:
Navesti da li je osigurano lice ranije dobilo naknadu po osnovu ovog osiguranja. Ukoliko je odgovor pozitivan, navesti kada i po kom osnovu.	
<p>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 težoj bolesti.</p> <p>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.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Da li ste saglasni da Generali Osiguranje Srbija okvirne podatke o statusu predmeta štete dostavi i ugovaraču osiguranja (privrednom društvu, udruženju, školi, drugoj ustanovi) i posredniku/zastupniku u osiguranju posredstvom kojih je ugovor o osiguranju zaključen? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • 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 • Saglasan sam da putem SMS-a na br. telefona naveden u zahtevu dobijem informaciju o plaćanju <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Saglasan sam da elektronskim putem na e-mail adresu navedenu u zahtevu dobijam Pisma obavještenja 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; • 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 prijavu štete za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti - retke bolesti; • potvrđujem da sam upoznat i u potpunosti saglasan/-na sa sadržinom Obaveštenja o obradi podataka o ličnosti i izričito saglasan/-na da lične podatke koji su sadržani u ovom zahtevu i sve druge relevantne podatke (uključujući i podatke o zdravstvenom stanju) koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica - zdravstvenih ustanova, Generali Osiguranje Srbija a.d.o. može čuvati, obrađivati, koristiti i preneti svojim zaposlenima, zdravstvenim ustanovama, reosiguravačima ili saosiguravačima sa kojima bude zaključio ugovor o raspodeli rizika osiguranja, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju; • takođe, potvrđujem da sam izričito saglasan/-na da Generali Osiguranje Srbija a.d.o. podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može proslediti svim povezanim pravnim licima, članovima svojih organa, trećim licima sa kojima ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima (Narodna banka Srbije, predstavnici ministarstava i drugih državnih organa, eksterni revizori i sl.); • izjavljujem da sam prethodno upoznat i izričito saglasan da osiguravač može moje lične podatke, i to: ime i prezime, e-mail adresu i broj telefona, obrađivati u svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata – anketiranja, kao i da iste može razmenjivati sa kompanijom Medallia, Ltd. 90 High Holborn, London, WC1V 6XX, sa kojom ima zaključen Ugovor o obradi podataka a radi sprovođenja Projekta analize zadovoljstva klijenata. • 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. 	
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 i pečat odgovornog lica

Potpis ovlašćenog lica