

1. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:		Rojstni datum:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	ZZZS št.: (9 mestna št. na kartici zdr. zavarovanja)

2. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

Navedite, katero zdravstveno storitev potrebujete (npr. ortopedski pregled, magnetna resonanca, CT, fizioterapija, operacija, drugo mnenje, psihološka pomoč, načrt zdravljenja, strokovni posvet...);	
Razlog za uveljavljanje: <input type="checkbox"/> Bolezen <input type="checkbox"/> Poškodba <input type="checkbox"/> Drugo (npr. smrt ožjega družinskega člana)	Opišite zdravstveno stanje, zaradi katerega potrebujete navedeno storitev:
<input type="checkbox"/> Drugo mnenje – Za koga ga uveljavljate? <input type="checkbox"/> Zase <input type="checkbox"/> Za družinskega člana Navedite sorodstveno razmerje:	
Kdaj vas lahko zdravnik pokliče? (Navedite ure, ko ste dosegljivi.)	
Nam želite v zvezi z uveljavljanjem pravic še kaj sporočiti (npr. želeni okvirni termin storitve, dopoldan, popoldan...)?	

3. ZDRAVSTVENO STANJE

Vpišite datum začetka zdravstvenih težav oz. datum poškodbe:	
Ali ste zaradi navedenih težav že obiskali zdravnika oz. ste se zaradi njih že zdravili?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Navedite, kdaj ste se zdravili in pri katerem specialistu (npr. ortoped, kardiolog, splošni zdravnik, urgencia ...):
Ali jemljete zdravila?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Navedite, katera:

4. PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

<input type="checkbox"/> Potrdilo o eNapotnici/št.eNapotnice: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Izvidi
<input type="checkbox"/> Delovni nalog (za fizioterapijo, rentgen ...)
<input type="checkbox"/> Odločba ZZZS
<input type="checkbox"/> Zdravniško mnenje za ortopedski pripomoček ali naročilnica
<input type="checkbox"/> Fizioterapevtsko poročilo
<input type="checkbox"/> Odpustno pismo
<input type="checkbox"/> Mrliški list
<input type="checkbox"/> Drugo:

5. IZJAVE IN SOGLASJA

Seznanjen sem, da Generali zavarovalnica d.d.:

- od zdravstvenih in drugih ustanov lahko pridobi in zbira zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev upravičenosti do kritja storitev po tem zahtevku,
- medicinsko in drugo dokumentacijo, neposredno povezano s tem zahtevkom (zavarovalnim primerom), posreduje izbranim izvajalcem za izvedbo zahtevane zdravstvene storitve,
- posreduje moje kontaktne podatke izvajalcu drugega mnenja Advance Medical, Health Care Management Services, S. A. z namenom uveljavljanja zavarovalnega kritja »Drugo mnenje«.

Po ugodno rešeni vlogi se zavežujem, da bom predhodno naročeno storitev na podlagi eNapotnice v javnem zdravstvenem sistemu preklical.

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivnega dejanja, s čimer sem seznanjen. Seznanjen sem z Informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na www.generali.si/vop.

V izjemnih primerih je potrebno kljub sklenjenemu zavarovanju zdravstveno storitev opraviti v javnem zdravstvenem sistemu. Ali se strinjate, da vas ob predhodnem telefonskem soglasju na storitev naročimo mi? DA NE

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe:	Podpis predstavnika zavarovalnice:

Izpolnjen zahtevek z medicinsko dokumentacijo pošljite na elektronski naslov zdravje.si@generali.com.
 Izpolnjena polja v vlogi omogočajo hitreše reševanje primera. Nepopoln zahtevek vam bomo vrnili v dopolnitev.