

PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA TEŽKE BOLEZNI, KIRURŠKE POSEGE ALI POSMRTNINO



Škodni spis št.

Polica št.

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv:

Ulica in hišna številka/Sedež:

Št. pošte in kraj:

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:

EMŠO:

Davčna številka:

Ulica in hišna številka:

Št. pošte in kraj:

Elektronski naslov:

Tel. številka:

Naziv banke:

Transakcijski račun: SI 56

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI (če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek:

EMŠO:

Davčna številka:

Ulica in hišna številka:

Št. pošte in kraj:

Elektronski naslov:

Tel. številka:

Naziv banke:

Transakcijski račun: SI 56

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. PODATKI O DOGODKU prijavitelj uveljavlja zavarovalnino iz naslova

Zavarovanje težkih oblik bolezni

Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja težkih oblik bolezni:

Bolezen (ustrezno označite):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rak | <input type="checkbox"/> embolija pljuč |
| <input type="checkbox"/> srčni infarkt | <input type="checkbox"/> odpoved ledvic |
| <input type="checkbox"/> možganska kap | <input type="checkbox"/> kronično obolenje jeter |
| <input type="checkbox"/> bakterijski meningitis | <input type="checkbox"/> kronično obolenje pljuč |
| <input type="checkbox"/> encefalitis | <input type="checkbox"/> slepota |
| <input type="checkbox"/> benigni tumor na možganih | <input type="checkbox"/> presaditev določenih notranjih organov |
| <input type="checkbox"/> paraliza | <input type="checkbox"/> popolna in trajna odvisnost od tuje pomoči |
| <input type="checkbox"/> drugo: | |

Diagnoza (šifra in naziv):

Datum postavitve prve diagnoze:

Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko navedenih bolezni že kdaj izplačana?

- NE
 DA in sicer

Zavarovanja kirurških posegov

Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja kirurških posegov.

Kirurški poseg (ustrezno označite):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> poseg na nevrološkem sistemu | <input type="checkbox"/> poseg mišičnoskeletnega sistema |
| <input type="checkbox"/> poseg na endokrinološkem sistemu | <input type="checkbox"/> poseg na urinarnem sistemu |
| <input type="checkbox"/> poseg na očeh | <input type="checkbox"/> poseg na prebavnem sistemu |
| <input type="checkbox"/> poseg na ušesih | <input type="checkbox"/> poseg v zvezi z vranico |
| <input type="checkbox"/> poseg na nosu, ustih in žrelu | <input type="checkbox"/> poseg na dojkah |
| <input type="checkbox"/> poseg na respiratornem sistemu | <input type="checkbox"/> ginekološki poseg |
| <input type="checkbox"/> poseg na kardiovaskularnem sistemu | <input type="checkbox"/> poseg na moških spolnih organih |
| <input type="checkbox"/> poseg v dermatologiji in plastični kirurgiji | <input type="checkbox"/> drugo: |

Kirurški poseg (šifra in naziv):

Datum, ko je bil kirurški poseg indiciran:

Datum, ko je bil kirurški poseg opravljen:

Vrsta anestezije:

- splošna lokalna

Ali je bila potrebna hospitalizacija?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
Ali je bila zavarovalnina iz naslova kirurških posegov že kdaj izplačana?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA in sicer
Zavarovanje posmrtnine	Opomba: Izpolnite v primeru uveljavljanja zavarovalnine iz naslova zavarovanja posmrtnine.
Datum, ura in kraj smrti:	
Vzrok smrti:	<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> nezgoda

5. PRILOGE IN OPOMBE

Priloge:	<input type="checkbox"/> vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni: <input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih <input type="checkbox"/> dokazilo o vzroku smrti <input type="checkbox"/> sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči) <input type="checkbox"/> drugo:
Opombe:	

6. IZJAVA

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/a. Pooblaščam in dovoljujem zavarovalnici Generali d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:	Podpis predstavnika zavarovalnice, ki je sprejel prijavo: