

1. OSEBNI PODATKI ZAVAROVANCA

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:	
Elektronski naslov:		Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ZZZS št. (9-mestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja):			

2. PODATKI O PREJEMNIKU ZAVAROVALNINE (če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:	
Elektronski naslov:		Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. POVRAČILO STROŠKOV OPRAVLJENIH ZDRAVSTVENIH STORITEV (označite zavarovanje)

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Nadstandardno zdravstveno zavarovanje (specialisti, zdravila, zdraviliško zdravljenje,...)

4. AVTORIZACIJA

Ali ste pridobili predhodno odobritev (avtorizacijo)?

DA Navedite številko:

NE **Razlog za povračilo stroškov:**
Bolezen (opišite zdravstveno težavo, kdaj se je ta pojavila in katero zdravstveno storitev ste opravili)

.....

Poškodba (opišite poškodbo, kdaj se je zgodila in katero zdravstveno storitev ste opravili)

.....

Drugo (zdravila, medicinski pripomočki)

.....

5. PRILOGE IN OPOMBE

račun št.:

potrdilo o eNapotnici ali pa vpišite številko eNapotnice:

izvid/i

delovni nalog (za fizioterapijo, rentgen ...)

odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

zdravniško mnenje za ortopedski pripomoček ali naročilnica

fizioterapevtsko poročilo

odpustno pismo

recept

drugo:

Opombe:

.....

.....

.....

.....

.....

6. IZJAVA

Pooblaščam in dovoljujem zavarovalnici Generali d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov v mojem imenu pridobi in obdeluje vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice ter vpogleda v podatke iz eNapotnice za reševanje zavarovalnih primerov. Izjavljam, da sem naročeno storitev na podlagi eNapotnice v javnem zdravstvenem sistemu preklical. Če bo zavarovalnica ugotovila, da je bila zdravstvena storitev izvedena tudi v javnem zdravstvenem sistemu, bom povrnil strošek opravljene zdravstvene storitve po tem zavarovanju. Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične.

Seznanim sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na www.generali.si/vop.

Izpolnjen obrazec skupaj s celotno dokumentacijo pošljite na elektronski naslov osebne.skode.si@generali.com

Kraj in datum:

Pooblaščenec Generali zavarovalnice – prevzemnik prijave:

Podpis zavarovane osebe:

Podpis prevzemnika: