



Prijava kritične bolezni ali operacije

Škodni spis št.:

Polica št.:

PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek / Naziv:	Tel. št.:
-------------------------	-----------

PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek :	EMŠO:	Davčna št.:
Ulica in hišna št.:	Št. pošte in kraj:	Država:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PODATKI O UPRAVIČENCU (če ni ista oseba kot zavarovana oseba)

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna št.:
Ulica in hišna št.:	Št. pošte in kraj:	Država:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Naziv banke:	Transakcijski račun: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PODATKI O DOGODKU

Zavarovalnino uveljavljam iz naslova:

KRITIČNA BOLEZEN (ustrezno označite)

Bolezni srca in ožilja	<input type="checkbox"/> srčni infarkt <input type="checkbox"/> operacija srčnih zaklopk <input type="checkbox"/> možganska kap <input type="checkbox"/> drugo:.....	<input type="checkbox"/> operacija obkoda koronarne arterije (by-pass) <input type="checkbox"/> operacija aorte <input type="checkbox"/> koronarna angioplastika
Rakasta obolenja	<input type="checkbox"/> rak <input type="checkbox"/> drugo:.....	<input type="checkbox"/> benigni možganski tumor
Težke poškodbe in bolezni	<input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> paraliza <input type="checkbox"/> drugo:.....	<input type="checkbox"/> večje opekline <input type="checkbox"/> poškodba glave
Bolezni s trajnimi posledicami	<input type="checkbox"/> ledvična odpoved <input type="checkbox"/> multipla skleroza <input type="checkbox"/> HIV zaradi transfuzije krvi <input type="checkbox"/> Parkinsonova bolezen <input type="checkbox"/> bakterijski meningitis	<input type="checkbox"/> presaditev glavnih organov <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> Alzheimerjeva bolezen <input type="checkbox"/> akutni virus encefalitis <input type="checkbox"/> drugo:
Diagnoza bolezni (šifra in naziv):		
Datum postavitve prve diagnoze:		
Ali je bila potrebna hospitalizacija ?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA
Če da, navedite obdobje hospitalizacije.	
Podatki o osebnem zdravniku (ime in priimek, zdravstvena ustanova) ter kraj zdravljenja:		
Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko kritičnih bolezni že kdaj izplačana?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA,

OPERACIJA

Navedite operacijo (šifra in naziv):			
Navedite datum, ko je bila operacija opravljena:			
Ali je bila potrebna hospitalizacija ? Če da, navedite obdobje hospitalizacije.	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	
Vzrok operacije:	<input type="checkbox"/> bolezen	<input type="checkbox"/> nezgoda	
Če je vzrok operacije nezgoda, navedite: - datum in kraj nastanka nezgode - točen opis nastanka nezgode	Kraj:	Datum:	Ura:
	Opis nastanka nezgode:		

PRILOGE

<input type="checkbox"/> vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni ter izvedbo operacije
<input type="checkbox"/> odpustno pismo iz bolnice (v primeru hospitalizacije)
<input type="checkbox"/> drugo:

IZJAVE IN SOGLASJA

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. Pooblašam 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:	Podpis predstavnika zavarovalnice: