

VLOGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA SPECIALISTI

(Avtorizacija)



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 (opišite zdravstveno težavo, za katero potrebujete navedeno storitev ter kdaj se je ta pojavila) <input type="checkbox"/> Poškodba (opišite poškodbo, zaradi katere potrebujete navedeno storitev ter kdaj se je ta zgodila) <input type="checkbox"/> Drugo (npr. smrt ožjega družinskega člana

3. ZDRAVSTVENO STANJE

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 komu (npr. ortoped, kardiolog, urgencia ...):
Ali jemljete zdravila?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katera:

4. PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

<input type="checkbox"/> Potrdilo o eNapotnici ali št. eNapotnice:
<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

Izjavljam, da so vse moje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, s čimer sem seznanjen. Pooblašчам 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 eNapotnice za reševanje zavarovalnih primerov. Ravno tako dovoljujem zavarovalnici, da medicinsko in drugo dokumentacijo, povezano s to vlogo, posreduje izbranim izvajalcem za izvedbo zaprosene zdravstvene storitve. Po odobreni vlogi se zavezujem, da bom predhodno 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. 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:

Izpolnjeno vlogo z medicinsko dokumentacijo pošljite na elektronski naslov zdravje.si@generali.com
Izpolnjena polja na vlogi omogočajo hitrejše reševanje primera. Nepopolno vlogo vam bomo vrnili v dopolnitev.