

PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

iz zdravstvenega zavarovanja za težke bolezni, kirurške posege ali posmrtnino



Škodni spis št.

Polica št.

436

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

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

2. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

| | | |
|--------------------------|--------------------|----------------------|
| Ime in priimek: | EMŠO: | Davčna številka: |
| Ulica in hišna številka: | Št. pošte in kraj: | |
| Elektronski naslov: | Tel. št.: | |
| Naziv banke: | TRR: SI56 | <input type="text"/> |

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

| | | |
|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| Ime in priimek/Naziv: | EMŠO: | Davčna številka: |
| Ulica in hišna številka/Sedež: | Št. pošte in kraj: | |
| Elektronski naslov: | Tel. št.: | |
| Naziv banke: | TRR: SI56 | <input type="text"/> |

5. PODATKI O DOGODKU (prijavitelj uveljavlja zavarovalnino iz naslova)

IZPOLNITE V PRIMERU 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: | | |
| Podatki o osebnem zdravniku (ime in priimek, zdravstvena ustanova) ter kraj zdravljenja: | | |
| Ali je bila zavarovalnina za isto oz. katero drugo obliko navedenih bolezni že kdaj izplačana? | <input type="checkbox"/> NE | |
| | <input type="checkbox"/> DA in sicer: | |

IZPOLNITE V PRIMERU 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: | <input type="checkbox"/> splošna <input type="checkbox"/> lokalna |
| Ali je bila potrebna hospitalizacija? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, in sicer za obdobje: |
| Ali je bila zavarovalnina iz naslova kirurških posegov že kdaj izplačana? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, in sicer: |
| ZAVAROVANJE V PRIMERU POSMRTNINE | |
| Datum, ura in kraj smrti: | |
| Vzrok smrti: | <input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> nezgoda |

6. 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"/> odpustno pismo iz bolnice (v primeru hospitalizacije) |
| <input type="checkbox"/> drugo: |

7. 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. 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.

| | |
|--|------------------------------------|
| Izpolnjen obrazec skupaj s celotno dokumentacijo pošljite na elektronski naslov osebneskode.si@generali.com . | |
| Kraj in datum: | Kraj in datum: |
| Podpis zavarovane osebe ali upravičenca: | Podpis predstavnika zavarovalnice: |