

PRIJAVA KRITIČNE BOLEZNI ALI OPERACIJE



Škodni spis št.

Polica št.

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:	Poštna št. in kraj:	Država:
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:	Rojstni datum/matična št.:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Poštna št. in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56	<input type="text"/>

4. PODATKI O DOGODKU Zavarovalnino uveljavljam iz naslova:

KRITIČNA BOLEZEN (ustrezno označite)	
Bolezni srca in ožilja	<input type="checkbox"/> Srčni infarkt <input type="checkbox"/> Operacija obvoda koronarne arterije (by-pass) <input type="checkbox"/> Operacija srčnih zaklopk <input type="checkbox"/> Operacija aorte <input type="checkbox"/> Možganska kap <input type="checkbox"/> Koronarna angioplastika <input type="checkbox"/> Drugo:
Rakava obolenja	<input type="checkbox"/> Rak <input type="checkbox"/> Benigni možganski tumor <input type="checkbox"/> Drugo:
Težke poškodbe in bolezni	<input type="checkbox"/> Slepota <input type="checkbox"/> Večje opekline <input type="checkbox"/> Paraliza <input type="checkbox"/> Poškodba glave <input type="checkbox"/> Drugo:
Bolezni s trajnimi posledicami	<input type="checkbox"/> Odpoved ledvic <input type="checkbox"/> Presaditev glavnih organov <input type="checkbox"/> Multipla skleroza <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> HIV zaradi transfuzije krvi <input type="checkbox"/> Alzheimerjeva bolezen <input type="checkbox"/> Parkinsonova bolezen <input type="checkbox"/> Akutni virus encefalitis <input type="checkbox"/> Bakterijski meningitis <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, 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?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, obdobje hospitalizacije:
Vzrok operacije:	<input type="checkbox"/> Bolezen <input type="checkbox"/> Nezgoda
Če je vzrok operacije nezgoda, navedite: datum in kraj nastanka nezgode ter točen opis nastanka nezgode:	Kraj: Datum: Ura:
Opis nastanka nezgode:

5. PRILOGE

- Vsa zdravniška dokumentacija, ki se nanaša na diagnosticiranje in zdravljenje bolezni ter izvedbe operacije
- Odpustno pismo iz bolnišnice (v primeru hospitalizacije)
- Drugo:

6. IZJAVA

Izjavljam, da so vse navedbe v obrazcu resnične, pravilne in popolne. 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. Seznanjen/-a sem, da lahko GENERALI zavarovalnica d. d. pridobi od zdravstvenih ustanov, organov pregona in drugih državnih organov vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Informacija o obdelavi osebnih podatkov je dostopna na www.generalisi.si/vop.

Kraj in datum:	Kraj in datum:
Podpis zavarovane osebe:	Podpis predstavnika zavarovalnice: