

PRIJAVA KRITIČNE BOLEZNI ALI OPERACIJE



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:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56	

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:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56	

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:
Rakasta 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"/> ledvična odpoved <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 bolnice (v primeru hospitalizacije)
 drugo:

6. 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. Pooblašчам 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: