



1. PODATKI O ZAVAROVANI OSEBI

Ime in priimek:		Rojstni datum:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	Davčna številka:

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:

Bolezen
 Poškodba
 Drugo (npr. smrt ožjega družinskega člana)

Opišite zdravstveno stanje, zaradi katerega potrebujete navedeno storitev:

Drugo mnenje – Za koga ga uveljavljate? Zase Za družinskega člana Navedite sorodstveno razmerje:

Kdaj vas lahko zdravnik pokliče? (Navedite ure, ko ste dosegljivi.)

Nam želite v zvezi z uveljavljanjem pravic še kaj sporočiti (npr. zeleni okvirni termin storitve, dopoldan, popoldan...)?

3. ZDRAVSTVENO STANJE

Vpišite datum začetka zdravstvenih težav oz. datum poškodbe:

Ali ste zaradi navedenih težav že obiskali zdravnika oz. ste se zaradi njih že zdravili?

NE
 DA Navedite, kdaj ste se zdravili in pri katerem specialistu (npr. ortoped, kardiolog, splošni zdravnik, urgencia ...):

Ali jemljete zdravila?

NE
 DA Navedite, katera:

4. PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Potrdilo o eNapotnici/št.eNapotnice:

ZZZS št. (9 mestna št. na kartici zdr. zavarovanja):

Izvidi
 Delovni nalog (za fizioterapijo, rentgen ...)
 Odločba ZZZS
 Zdravniško mnenje za ortopedski pripomoček ali naročilnica
 Fizioterapevtsko poročilo
 Odpustno pismo
 Mrliški list
 Drugo:

5. IZJAVE IN SOGLASJA

Seznanjen sem, da Generali zavarovalnica d.d.:

- od zdravstvenih in drugih ustanov lahko pridobi in zbira zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev upravičenosti do kritja storitev po tem zahtevku,
- medicinsko in drugo dokumentacijo, neposredno povezano s tem zahtevkom (zavarovalnim primerom), posreduje izbranim izvajalcem za izvedbo zahtevane zdravstvene storitve,
- posreduje moje kontaktne podatke izvajalcu drugega mnenja Teladoc Health z namenom uveljavljanja zavarovalnega kritja »Drugo mnenje«.

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, s čimer sem seznanjen. Seznanjen sem z Informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna na www.generali.si/vop.

V izjemnih primerih je potrebno kljub sklenjenemu zavarovanju zdravstveno storitev opraviti v javnem zdravstvenem sistemu. Ali se strinjate, da vas ob predhodnem telefonskem soglasju na storitev naročimo mi? DA NE

Kraj in datum: _____ Kraj in datum: _____

Podpis zavarovane osebe: _____ Podpis predstavnika zavarovalnice: _____

Podpisan obrazec pošljite na naslov: GENERALI zavarovalnica d.d., Kržičeva ulica 3, 1000 Ljubljana.
 Za dodatne informacije lahko pokličete Asistenco zdravje na **080 81 10**.