

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.

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