



Prijava zavarovalnega primera iz dodatnih zavarovanj

1. Številka police.: _____

1. Številka škodna spisa (izpolni Generali d.d.): _____

1. Podatki o sklenitelju zavarovanja - zavarovalcu

a) Priimek in ime sklenitelja – zavarovalca:

a) _____

b) Ulica, hišna številka, kraj in poštna številka:

b) _____

2. Podatki o zavarovancu

a) Priimek in ime zavarovanca:

a) _____

b) Ulica, hišna številka, kraj in pošta:

b) _____

c) Datum in kraj rojstva:

c) _____

d) Poklic zavarovanca, naziv delodajalca, kakšno delo je opravljal v tem podjetju:

d) _____

3. Podatki o osebnem (izbranem) zdravniku zavarovanca

a) Ime in priimek osebnega zdravnika:

a) _____

b) Zdravstvena ustanova (zdravstveni dom in naslov):

b) _____

4. Podatki o zavarovalnem primeru

a) Kdaj je nastal zavarovalni primer?

Dne20....., ob urimin.

b) Opišite zavarovalni primer:

b) _____

4. Uveljavljam zavarovalni primer iz dodatnega zavarovanja (obkrožite):

a) bolnišničnega nadomestila;

c) za primer nezgodne invalidnosti;

e) kritičnih bolezni;

b) dnevnega nadomestila;

d) za določene operacije;

f) kritičnih bolezni za ženske.

4. d) V primeru, da uveljavljate zavarovalni primer za določene operacije označite tudi vrsto operacije (iz PRILOGE 1 k pogojem)

a) zelo težke operacije;

c) srednje težke operacije;

e) enostavne operacije.

b) težke operacije;

d) lažje operacije;

4. e) in f) V primeru, da uveljavljate zavarovalni primer kritičnih bolezni / za ženske označite tudi vrsto kritične bolezni:

a) kirurgija aorte;

d) akutni miokardni infarkt;

g) ledvična odpoved;

b) kirurška koronarna revaskularizacija;

e) kirurgija srčnih zaklopk;

h) presaditev organov;

c) rakasto obolenje;

f) HIV-infekcija;

i) možganska kap.

č) rakasto obolenje pri ženskah;

5. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok zavarovalnega primera bolezen

a) Katera bolezen je bila vzrok zavarovalnega primera?

a) _____

b) Od kdaj ste se zdravili?

b) _____

c) Kdaj je bila prvič postavljena diagnoza?

c) _____

d) Kraj zdravljenja ter ime lečečega zdravnika:

d) _____

6. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok zavarovalnega primera nezgoda

a) Ob kateri dejavnosti je nastopila nezgoda?

a) _____

b) Navedite natančen opis nezgode:

b) _____

c) Ste bili pod vplivom alkohola?

c) _____

GENERALI Zavarovalnica d.d. Ljubljana

Kržičeva ulica 3 – SI-1000 Ljubljana – Tel.: +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77 – Fax: +386 (0)1 47 57 101

d) Ali obstaja sum, da je nezgodo povzročila tretja oseba?	d) _____
e) Ime in priimek osebe, ki vam je nudila prvo pomoč:	e) _____
f) Ali je bila uvedena preiskava (v primeru, da je bila, kje in v kateri ustanovi)?	f) _____ _____
g) Ali je bil narejen policijski zapisnik (katera policijska postaja)?	g.) _____

7. Na spodnja vprašanja odgovorite v primeru, da je vzrok zavarovalnega primera prometna nezgoda

	Motorno vozilo zavarovanca	Motorno vozilo drugega udeleženca
Vrsta vozila:		
Registrska številka:		
Ime in priimek voznika:		

8. Podatki o upravičencu (če ni na polici drugače dogovorjeno, je upravičenec zavarovanec)

a) Ime in priimek upravičenca, datum rojstva:	a) _____
b) Ulica, hišna številka, kraj in poštna številka:	b) _____
c) Številka transakcijskega računa:	c) _____
d) Ime banke:	d) _____

Opombe: _____

Zagotavljam, da so vse navedbe resnične in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblašчам zavarovalnico Generali d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z zavarovalnim primerom in da si jih prepíše ali fotokopira.

V _____, dne _____. Podpis zavarovanca oz. upravičenca: _____

Prijavi je priložena naslednja dokumentacija (označite):

- originalna zavarovalna polica;
- kopija osebnega dokumenta in bančne kartice upravičenca;
- odpustno pismo iz bolnišnice z navedbo dneva sprejema in dneva odpusta (v primeru zdravljenja v bolnišnici);
- zdravniška dokumentacija iz katere je razvidno, kdaj ste se pričeli zdraviti in od katerega do katerega dne ste bil nesposobni opravljati svoje redne delovne naloge in delo ter opis poteka aktivnega zdravljenja;

Dodatna dokumentacija v primeru uveljavitve zavarovalnega primera bolnišničnega nadomestila:

- natančna diagnoza in razlog hospitalizacije;
- zdravstvena dokumentacija iz katere je razvidno, kdaj ste se pričeli zdraviti zaradi bolezni, zaradi katere je bila potrebna hospitalizacija.

Dodatna dokumentacija v primeru uveljavitve zavarovalnega primera dnevnega nadomestila:

- potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški listi);
- v primeru zadržanosti od dela več kot 30 koledarskih dni tudi odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (če tega ne morete predložiti, preda zavarovalnica medicinsko dokumentacijo cenzorju, ki o tem odloči).

Dodatna dokumentacija v primeru uveljavitve zavarovalnega primera za primer nezgodne invalidnosti:

- dokazilo o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje nezgodne invalidnosti (zdravniško spričevalo o invalidnosti).

Dodatna dokumentacija v primeru uveljavitve zavarovalnega primera kritičnih bolezni / za ženske ter določenih operacij:

- fotokopija ambulantnega kartona z vsemi izvidi;
- celotna zdravstvena dokumentacija o zdravljenju z razvidno diagnozo;
- opis medicinskih ukrepov, kirurških operacij, če so bile le-te opravljene.
- histološki izvid (v primeru rakastega obolenja).

Zavarovalnica ima pravico, da zahteva še dodatno dokumentacijo oz., da pozove zavarovanca na pregled pri zdravniku, ki ga izbere sama.