



Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica

Kralja Nikole 27a / VI
81000 Podgorica / Crna Gora
T +382.20.444.800
F +382.20.444.810
generali@generali.me
generali.me

Broj polise

Prijava osiguranog slučaja

Ime i prezime osiguranika:	
JMBG osiguranika:	
Adresa i telefon osiguranika:	
E mail adresa:	
Naziv i adresa preduzeća u kome je osiguranik zaposlen:	
Zanimanje osiguranika u trenutku dijagnoze teže bolesti/vršenja prijavljene operacije:	
Navedi broj zdravstvenog kartona osiguranika, kao i naziv i adresu zdravstvene ustanove u kojoj se osiguranik liječi:	
Navedi da li je osiguranik ranije dobio naknadu po osnovu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Ukoliko je odgovor potvrđan, navesti kada i po kom osnovu.	
Prijava za težu bolest <input type="checkbox"/>	Prijava za hiruršku intervenciju (operaciju) <input type="checkbox"/>
Navedi datum kada se osiguranik prvi put obratio ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi sa simptomima bolesti, kada je i od strane koga utvrđena dijagnoza prijavljene teže bolesti:	Navedi datum kada je prvi put savjetovano obavljanje operacije koja se prijavljuje:
Prepisati dijagnozu teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac:	Tačan naziv i vrsta operacije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom):
Kod hroničnih oboljenja bubrega, jetre ili pluća navesti od kada osiguranik boluje od hroničnog oboljenja, kao i kada i od koga je utvrđen stadijum hroničnog oboljenja koji je pokriven osiguranjem:	Navedi datum prijema i datum izvršene operacije:
Da li je osiguranik bolnički ili ambulantno liječen ili se liječi, a u vezi sa prijavljenom težom bolesti:	Naziv i adresa bolnice u kojoj je izvršena prijavljena operacija:
Napomena: Da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije zdravstvene dokumentacije iz koje se može utvrditi da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog ljekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokrivenom ovim osiguranjem; zdravstveni karton i kopije izvještaja specijaliste ili bolnice, zajedno sa ostalom zdravstvenom dokumentacijom iz koje se mogu vidjeti podaci o prijavljenoj težoj bolesti.	Napomena: Da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije izvještaja specijaliste iz uputa za odlazak u bolnicu, zajedno sa otpusnom listom sa epikrizom i ostalom zdravstvenom dokumentacijom iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije (operacije).

Izjavljujem da sam na sva pitanja istinito i potpuno odgovorio/la, kao i da ne postoje nikakve materijalne činjenice koje su mi poznate a nisam ih prijavio/la. Takođe, svojim potpisom na ovom obrascu, ovlašćujem svakog ljekara kao i ljekarske i zdravstvene ustanove koje sam konsultovao/la ili bio/la liječen/a u njima da pruže, na zahtjev ovlašćenog ljekara Generali osiguranja Montenegro AD Podgorica, sve informacije koje se tiču mog prethodnog i sadašnjeg zdravstvenog stanja.

Mjesto i datum

Potpis osiguranika

Potpis lica koje popunjava prijavu (ukoliko osiguranik nije u mogućnosti da popuni prijavu) [prvo čitko napisati ime i prezime a zatim se potpisati]

Način isplate štete

Molim da mi se odšteta isplati na moj račun (upisati broj računa, naziv i sjedište banke):

POPUNJAVA OVLAŠĆENO LICE

Potvrda preduzeća, radne organizacije, društva, škole (kod kolektivnog osiguranja)

1. G-din (-đa) _____

je član naše organizacije neprekidno od _____

Na dan osiguranog slučaja bio/la je zaposlen/a kao _____

i obavljao/la poslove _____

2. Do dana nastanka osiguranog slučaja nije dao/la izjavu da ne želi da bude osiguran/a.

3. Osiguran/a je polisom osiguranja dopunskog zdravstvenog osiguranja broj _____

potpis i pečat odgovornog lica

M.P.

U _____ 20____ god.

potpis ovlašćenog lica