

**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

## Zahtjev za isplatu naknade troškova van mreže

Ovaj formular se koristi samo ako se koriste usluge ljekara koji NIJE u Mreži klinika Generali Osiguranja Montenegro.  
Pošaljite ovaj formular, zajedno sa fiskalnim računom, ovjerenom specifikacijom, nalazima ljekara i uputima.  
Zahtjev treba poslati u roku od 180 dana od datuma pregleda.

### IDENTIFIKACIONI PODACI

#### PODACI O OSIGURANOM LICU (koji je koristio medicinske usluge)

Ime		Broj polise	
Prezime		Broj ID kartice	
Ulica i broj		Datum rođenja	
Grad		Broj I.k.	
Pol	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Telefon	
E- mail adresa			

Ja kao korisnik osiguranja svojim potpisom na ovom obrascu prijave dajem svoju pisanu saglasnost da se avizna pisma, obavještenja i informacije dostavljeni od strane osiguravača u elektronskoj formi na gore navedenu adresu mogu smatrati podjednako validnim kao i dokumenti ispostavljeni u pisanoj formi.

### INSTRUKCIJE ZA PLAĆANJE (popunjavanje osiguranik)

#### PODACI O OSIGURANOM LICU (koji je koristio medicinske usluge)

Uplatu izvršiti:	<input type="checkbox"/> Osiguranom licu	<input type="checkbox"/> Ostalo
Ime i prezime vlasnika računa:		
Poslovna banka:	Tekući račun broj: ___ - _____ - ___	

Sljedeći tretmani i/ili prepisani lijekovi su plaćeni i troškovi su navedeni dolje.

Priložite **originalne račune i kopiju medicinske dokumentacije** da bi Vam troškovi bili refundirani.

Datum usluge:	Opis usluge i/ili prepisanog lijeka	Cijena
	Ukupan iznos plaćen od strane pacijenta:	

Garantujem da su gore navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem svakog ljekara, medicinsku ustanovu, apoteku, osiguravajuće društvo, poslodavca, sindikat ili udruženje da ove informacije prosljedi kompaniji Generali Osiguranje Montenegro AD Podgorica kako bi adekvatno bio isplaćen iznos. U protivnom, nosilac ove polise će sam snositi naveden troškove. Fotokopija ovog formulara će biti smatrana važećom kao i original. Potpisom na ovom zahtjevu ovlašćujem bilo kog ljekara ili medicinsko osoblje, bolnicu ili drugu zdravstvenu ustanovu, socijalno osiguranje ili drugu osiguravajuću ustanovu da osiguravaču, bez moje posebne saglasnosti daju bilo koju informaciju, istoriju bolesti, medicinsku dokumentaciju o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju u vezi sa konkretnim osiguranim slučajem i službeni dokument ili potvrdu koje osiguravač smatra neophodnim za procjenu osnovanosti ovog zahtjeva za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Potpisom na ovom zahtjevu potvrđujem da sam izričito saglasan/na da lične podatke koji su sadržani u ovom zahtjevu, kao i sve druge relevantne podatke (uključujući i podatke o zdravstvenom stanju) koji u postupku obrade štete budu utvrđeni i prikupljeni od trećih lica, GENERALI OSIGURANJE MONTENEGRO AD Podgorica može čuvati, obrađivati, koristiti i prenijeti svojim zaposlenima i trećim licima sa kojima ima zaključen ugovor o pružanju usluga, reosiguranju ili saosiguranju, a u svrhu izvršenja obaveza određenih ugovorom o osiguranju. Takođe, potvrđujem da sam izričito saglasan/na da GENERALI OSIGURANJE MONTENEGRO AD Podgorica podatke iz prethodnog stava može čuvati, obrađivati i koristiti u statističke svrhe, u svrhe praćenja rizika u toku trajanja osiguranja i procjene rizika pri obnovi ili zaključenju budućih ugovora o osiguranju, kao i da ih može prosljediti svim povezanim pravnim licima, članovima svojih organa, trećim licima sa kojima ostvaruje saradnju u postupku likvidacije štete i trećim licima koja po zakonu i prirodni posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

\_\_\_\_\_  
Potpis osiguranika

\_\_\_\_\_  
Datum