



DELTA GENERALI

Osiguranje

Broj polise

DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Milentija Popovića 7b, 11000 Beograd
Tel.: 011/2220555, Fax: 011/2011707

Zahtev za prijavu štete

za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija

| | |
|--|---|
| Ime i prezime osiguranog lica: | Ugovarač i adresa ugovarača: |
| JMBG osiguranog lica: | Navesti naziv i adresu ustanove gde se osigurano lice leči: |
| Adresa i telefon osiguranog lica: | |
| Zanimanje osiguranog lica u trenutku dijagnoze teže bolesti/hirurških intervencija, odnosno operacija: | Navesti da li je osigurano lice ranije dobilo naknadu po osnovu ovog osiguranja. Ukoliko je odgovor pozitivan, navesti kada i po kom osnovu: |
| <input type="checkbox"/> Prijava za težu bolest | <input type="checkbox"/> Prijava za hiruršku intervenciju i težu operaciju |
| Navesti datum kada se osigurano lice prvi put obratilo lekaru ili zdravstvenoj ustanovi sa simptomima bolesti, kada je i od strane koga utvrđena dijagnoza prijavljene teže bolesti: | Navesti datum kada je prvi put savetovano obavljanje hirurške intervencije, odnosno operacije koja se prijavljuje: |
| Prepisati dijagnozu teže bolesti sa zdravstvene dokumentacije koju prilažete uz ovaj obrazac: | Tačan naziv i vrsta izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije (prepisati sa otpusne liste sa epikrizom): |
| Od kada osigurano lice boluje od hroničnog oboljenja, kao i kada i od koga je utvrđen stadijum hroničnog oboljenja koji je pokriven osiguranjem: | Navesti datum prijema u bolnicu i datum izvršene hirurške intervencije, odnosno operacije: |
| Da li je osigurano lice bolnički ili ambulantno lečeno ili se leči, a u vezi sa prijavljenom težom bolešću: | Naziv i adresa bolnice gde je izvršena prijavljena hirurška intervencija, odnosno operacija: |
| Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, obavezno priložite kopije medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj i kopije izveštaja specijaliste ili bolnice iz kojih se može utvrditi da se dijagnoza bolesti, utvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste, poklapa sa dijagnozom teže bolesti pokrivena ovim osiguranjem, i iz kojih se mogu videti podaci o prijavljenoj teškoj bolesti. | Napomena: da bi se ubrzala procedura isplate naknade, kao i da bi se podržala punovažnost ove prijave, molimo priložite kopije izveštaja specijaliste i uputa za odlazak u bolnicu, zajedno sa otpusnom listom sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom za konkretan osigurani slučaj iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije, odnosno operacije. |

Svojim potpisom na ovom obrascu:

- 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;
- ovlašćujem** svakog lekara 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 koju osiguravač smatra neophodnom za procenu osnovanosti ovog Zahteva za prijavu štete za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija;
- dajem saglasnost da osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski tretman, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem i da će eventualne troškove snositi osiguravač.

U _____ 20____ god.

Potpis osiguranog lica

Potpis lica koje popunjava prijavu
(ukoliko osigurano lice nije u mogućnosti da popuni prijavu)

Način isplate odštete

Molim da mi se odšteta isplati na sledeći način (zaokružiti / popuniti podatke):

1. Na moj račun (upisati broj računa, naziv i sedište banke)

2. Na šalteru najbliže pošte uz ličnu kartu

Potvrda preduzeća ili radne organizacije

1. G-din/đa _____

je naš zaposleni/na neprekidno od _____

Zaposleni/na je u toku trajanja ugovora o osiguranju bio/la zaposlen/a na radnom mestu _____

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

3. Osiguran/a je polisom osiguranja broj _____

Podaci o korisnicima osiguranja (samo u slučaju smrti osiguranika)

| Prezime, ime i adresa zakonskog naslednika | Srodstvo |
|--|----------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

Svojeručnim potpisom korisnik osiguranja potvrđuje tačnost navedenih ličnih podataka osiguranog lica i tvrdi da je osigurano lice/korisnik osiguranja lično potpisao ovu prijavu štete.

U _____ 20____ god.

Potpis i pečat odgovornog lica

Potpis ovlašćenog lica