



GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana

Kržičeva 3, SI-1000 Ljubljana

T +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77

F +386 (0)1 47 57 101

info.si@generali.com

generali.si

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 oz. naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe - zavarovalca: _____ a) _____
- b) Davčna številka: _____ b) _____
- c) EMŠO: _____ c) _____
- d) Ulica, hišna številka, kraj in poštna številka: _____ d) _____

2. Podatki o zavarovancu

- a) Priimek in ime zavarovanca: _____ a) _____
- b) Davčna številka: _____ b) _____
- c) EMŠO: _____ c) _____
- d) Ulica, hišna številka, kraj in pošta: _____ d) _____
- e) Datum in kraj rojstva: _____ e) _____
- f) Poklic zavarovanca, naziv delodajalca, kakšno delo je opravljal v tem podjetju: _____ f) _____

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? a) Dne _____ 20 ____ ob _____ uri _____ min.
- 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) _____
- 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)

Upravičenec*: (ime in priimek/naziv samostojnega podjetnika oz. pravne osebe)					
EMŠO:					
Davčna številka:					
Naslov iz identifikacijskega dokumenta:		_____	_____	_____	_____
		Ulica, hišna št.	Poštna št.	Kraj	Država
Drug naslov stalnega prebivališča**:		<input type="checkbox"/> DA			
		_____	_____	_____	_____
		Ulica, hišna št.	Poštna št.	Kraj	Država
Naslov začasnega prebivališča:		_____	_____	_____	_____
		Ulica, hišna št.	Poštna št.	Kraj	Država
Državljanstvo:					
<input type="checkbox"/> slovensko		<input type="checkbox"/> drugih držav (navedite vsa): _____			
Ali ste državljan ZDA/imate prebivališče v ZDA? (obkrožite in po potrebi dopolnite)					
<input type="checkbox"/> NE, NISEM		<input type="checkbox"/> DA, SEM (navedite okoliščine): _____			
Izjavljam, da nisem politično izpostavljena oseba***:					
<input type="checkbox"/> DA, NISEM		<input type="checkbox"/> NE, SEM politično izpostavljena oseba			
Številka transakcijskega računa: (obvezno priložite fotokopijo svoje bančne kartice)				Ime banke:	
Kontaktna telefonska številka:				E-pošta:	
* Če je upravičenec samostojni podjetnik, mora izpolniti Obrazec za samostojne podjetnike, če pa je upravičenec pravna oseba, mora izpolniti Obrazec za pravne osebe. ** Šteje se, da je naslov iz identifikacijskega dokumenta enak naslovu stalnega prebivališča. Če iz identifikacijskega dokumenta ni razviden naslov stalnega prebivališča ali njegova sprememba, se ta pridobi iz druge veljavne javne listine, ki jo predloži upravičenec, oz. neposredno od njega, pri čemer se naslov stalnega prebivališča navede posebej v rubriki Drug naslov stalnega prebivališča in obkroži odgovor DA. *** Vsaka fizična oseba, ki deluje ali je v zadnjem letu delovala na vidnem javnem položaju v kateri koli državi, vključno z njenimi ožjimi družinskimi člani in ožjimi sodelavci. Če je odgovor NE, upravičenec izpolni Vprašalnik za politično izpostavljene osebe.					
Identifikacija upravičenca izkazana (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> s potnim listom <input type="checkbox"/> z osebno izkaznico <input type="checkbox"/> z vozniškim dovoljenjem					
Št. dokumenta		Datum izdaje		Datum veljavnosti	
Izdal organ					

Splošna določila:

Preprečevanje pranja denarja in financiranja terorizma. Upravičenec sem seznanjen s tem, da sta lahko sklenitev in/ali izvajanje zavarovalne pogodbe predmet urejanja predpisov o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma, v zvezi s čimer (a) sem dolžan zavarovalnici na njen poziv predložiti morebitne nadaljnje podatke (npr. o izvoru sredstev in premoženja, ki so/bodo predmet transakcij v zvezi z zavarovalno pogodbo), (b) lahko nastanejo pravne posledice glede veljavnosti zavarovalne pogodbe, zavarovalnega kritja in izplačila zavarovalnine. Zavarovalnica ni odgovorna za škodo, ki bi nastala zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu iz zavarovalne pogodbe zaradi izvajanja prej navedenih predpisov. **Omejitvena in izključitvena klavzula zaradi sankcij, kontrol izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev.** Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.

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.

Kraj**Datum****Podpis upravičenca****Pri mladoletnih tudi podpis zakonitega zastopnika**

(zakoniti zastopnik mora izpolniti svoj obrazec za fizične osebe)

Izjavljam, da so podatki vpisani v polja "Identifikacija upravičenca izkazana" enaki podatkom na dokumentu, s katerim je bila stranka identificirana. S svojim podpisom jamčim za točnost in pravilnost vpisanih podatkov in potrjujem, da sem vpogledal v osebni dokument upravičenca.

Za GENERALI d.d. dokument prejel**ORGA številka:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Podpis zastopnika/
agencije:****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;

Dotatna 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.

Dotatna 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).

Dotatna 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).

Dotatna 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).

Dotatna 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.