

**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

Ovaj formular se koristi u slučaju kada osiguranik / podosiguranik koristi medicinske usluge Pružaoca usluga sa kojim Generali Osiguranje Montenegro AD Podgorica ima važeći Ugovor o pružanju usluga. Zahtjev za isplatu naknade Pružalac usluga dostavlja Generali Osiguranju Montenegro AD Podgorica u roku od 180 dana od dana pružanja usluge. Uz zahtjev se prilaže originalni račun (specifikacija troškova), nalazi ljekara i druga prateća originalna dokumentacija.

**Molimo da ovaj formular popunite za svako osigurano lice posebno.**

IDENTIFIKACIONI PODACI			
PODACI O OSIGURANOM LICU (koji je koristio medicinske usluge)			
Ime		Broj polise	
Prezime		Ugovarač	
Adresa i Grad		Broj ID kartice	
Datum rođenja		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 sledeću e mail adresu _____ mogu smatrati podjednako validnim kao i dokumenti ispostavljeni u pisanoj formi.			

Datum:	Opis medicinskog tretmana	Cijena
	Prema računu / specifikaciji br. _____ (u prilogu)	
	Ukupan iznos:	
	Ugovoreni popust osiguravaču ( %)	
	Participacija* Osiguranog lica u troškovima ( %):	
	Ukupan iznos za Pružaoca usluge:	
	_____ Datum	_____ Pečat ustanove

\* Ukoliko osiguranik ima opciju participacije (učesća) u troškovima, ona je navedena na identifikacionoj kartici osiguranika.

Ovim izjavljujem da su gore navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem svakog ljekara, zdravstvenu ustanovu, apoteku, osiguravajuće društvo, poslodavca, sindikat ili udruženje da ove informacije prosljedi kompaniji Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica, kako bi bio isplaćen adekvatan iznos, u protivnom, nosilac ove polise će sam snositi troškove. Svojeručnim potpisom potvrđujem da ću u slučaju da Osiguravajuća kuća odbije refundaciju ili je djelimično isplati u skladu sa limitima polise osiguranja, preostali iznos potraživanja refundirati lično zdravstvenoj ustanovi. 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 ovo 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 prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima.

Datum

Potpis nosioca polise/podosiguranika  
(Potpis roditelja ili staratelja za maloljetna lica)