



Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica

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

Broj polise

Polisa izdata od strane

## Prijava štete po osnovu putničkog zdravstvenog osiguranja

Osiguranik	
Ime i prezime	_____
Datum rođenja	_____
Ulica i broj, poštanski broj, grad/kod	_____
Broj pasoša	_____
Kontakt telefon/E-mail	_____
Podaci o osiguranom slučaju	
Destinacija putovanja	_____
Datum ulaska i izlaska sa destinacije putovanja	_____
Datum, vrijeme i mjesto nastanka osiguranog slučaja	_____
Uzrok nastanka osiguranog slučaja	_____
Pri kojoj djelatnosti	_____
Vrsta bolesti, povrede	_____
Da li je ranije postojala slična povreda ili bolest	_____
Datum prijema i otpuštanja iz bolnice	_____
Iznos ukupnih troškova	_____

Uz ovu prijavu prilažem i sljedeća dokumenta:

- Originalnu polisu/asistentsku karticu;
- Kopiju pasoša sa dokazom o početku osiguranikovog boravka u inostranstvu;
- Medicinski izvještaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, zdravstvenog kartona pacijenta i dnevnih opažanja ljekara koji je liječio osiguranika sa vrstom prepisane terapije/lijeka;
- Originalne račune/potvrde koji:
  - glase na ime i prezime osiguranika,
  - sadržavaju detaljan opis vrste bolesti, odnosno vrstu akutne zubobolje,
  - sadržavaju pojedinosti o pruženom medicinskom ili stomatološkom tretmanu, kao i vrstu prepisanog lijeka,
  - sadržavaju datume tretmana,
  - su ovjereni pečatom i potpisom ovlašćenog ljekara ili farmaceuta;
- Sva ostala dokumenta potrebna da se obračuna naknada, a koja zahtijeva osiguravač.

### IZJAVA

Izjavljujem da sam saglasan da mi se novac isplati na:

1. Žiro račun broj \_\_\_\_\_  
Poslovna banka \_\_\_\_\_  
Ime i prezime vlasnika računa \_\_\_\_\_

2. Ostalo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ god. \_\_\_\_\_

Potpis podnosioca prijave

Broj lične karte