

Primljeno u Generali osiguranje d.d.	Broj štete:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podaci o ugovaratelju

Ime i prezime / naziv	OIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa	Poštanski broj, grad
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podaci o osiguraniku

Ime i prezime / naziv	OIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa	Poštanski broj, grad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj mobitela	E mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj police osiguranja	Suglasan sam da mi se obavijesti o statusu predmeta <input type="checkbox"/> SMS dostavljaju putem SMS-a ili e-maila <input type="checkbox"/> e-mail
<input type="text"/>	

Vrsta osiguranog slučaja

1. Refundacija: podaci o računu za refundaciju / računu medicinske usluge

R. br.	Vrsta usluge (lijek, pomagalo, pregled...)	Izdavatelj računa	Datum izdavanja računa	Iznos računa
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

2. Dnevna naknada (liječenje u bolnici kao posljedica nesretnog slučaja ili bolesti)

Bolničko liječenje (datum):

Suglasan/na sam da se šteta likvidira:

<input type="checkbox"/> Izravno zdravstvenoj ustanovi koja je izdala račun za sudjelovanje/participaciju	Redni brojevi računa za izravno plaćanje ustanovi
<input type="checkbox"/> Na račun	IBAN računa
Vlasnik računa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
OIB	Adresa
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ukoliko je drugačiji od ugovaratelja/osiguranika navesti:	

Popis potrebnih dokumenata uz prijavu štete:

- Originali računa izdani na ime i prezime osiguranika
- Preslika osobne iskaznice vlasnika računa za likvidaciju štete
- Preslika kartice računa na koji će se izvršiti likvidacija štete
- Preslika osobne iskaznice podnositelja zahtjeva
- Uz prijavu dnevne naknade liječenja u bolnici priložiti medicinsku dokumentaciju (točka 2)

Potpisom ovog obrasca, pod moralnom i zakonskom odgovornošću potvrđujem da su svi upisani podaci točni, potpuni i ažurni te jamčim za njihovu točnost i kada nisu napisani vlastoručno. Ovlašćujem Generali osiguranje d.d. da poduzme sve potrebne radnje i ima uvid u sve dokumente potrebne za rješavanje osiguranog slučaja te izjavljujem da sam upoznat sa svrhom u koju se navedeni osobni podaci prikupljaju i dalje obrađuju. Izjavljujem da sam upoznat o izravnoj komunikaciji s poslovnom bazom Generali osiguranja d.d. radi dobivanja informacije o statusu moje prijavljene štete. Izjavljujem da podatke iz ovog obrasca neću prosljeđivati neovlaštenim osobama te da ću ih štiti od moguće zlouporabe i neovlaštenog korištenja trećih osoba.