



Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Zavarovanja za tujino

Zahtevek izpolnite v CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.

1. PODATKI O ZAVAROVANJU

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____
Naslov: _____ Davčna številka: _____
Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

2. PODATKI O PRIJAVITELJU (izpolnite v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek: _____ *Datum rojstva: _____
Naslov: _____ *Davčna številka: _____
Elektronski naslov: _____ Kontaktni telefon: _____

*Če ste podali Soglasje za neposredno trženje, sta podatka obvezna.

3. NAKAZILO ZAVAROVALNINE

izvajalcu, ki je opravil storitve

na transakcijski račun

ime in priimek lastnika računa*: _____

odprt pri banki (naziv in naslov banke): _____

številka računa: _____

BIC/SWIFT (obvezno pri nakazilu v tujino): _____

*če je lastnik računa druga oseba obvezno izpolnite izjavo o odstopu zavarovalnine

IZJAVA O ODSTOPU ZAVAROVALNINE

Podpisani/a: _____

odstopam zavarovalnino, do katere sem upravičen/a v skladu s sklenjeno zavarovalno pogodbo, v korist:

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____

naslov: _____ davčna številka: _____

in izjavlam, da zavarovalnine kasneje ne bom terjal od Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z.

Kraj in datum

Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

4. PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU

Številka police: _____

Datum dogodka: _____ Država: _____

Datum odhoda v tujino*: _____ Datum vrnitve: _____

*Navedite zadnji datum odhoda v tujino pred nastankom zavarovalnega primera. Priložite tudi dokazila (npr. kopija letalske karte...).

Namen potovanja (službeno, zasebno, zdravljenje v tujini...): _____

V primeru službenega potovanja navedite delo, ki ga opravljate: _____

Kontakt z Mondial Assistance? DA NE Datum klica: _____

Kontakt z Vzajemno? DA NE Datum klica: _____

Če kontakta niste vzpostavili, prosimo navedite razlog: _____

Ali je bila opravljena nujna zdr. storitev? DA NE

Ali je vaše zdravstveno stanje zahtevalo takojšnjo vrnitev v Slovenijo/domovino? DA NE

Ali ste se za posledicami te bolezni/poškodbe zdravili že kdaj pred odhodom v tujino? DA NE

Ali ste imeli pred potovanjem morda katere druge bolezni/poškodbe? DA NE

Katere? _____

Natančno opišite okoliščine in pomembne podatke o zavarovalnem primeru:

(kaki simptomi oz. kako je prišlo do bolezni/poškodbe, katere storitve so bile opravljene...):

Diagnoza: _____

5. UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE

Opis stroška (nakup zdravil, zdravniški pregled ...)	Izvajalec (npr: Chicago Medical Hospital)	Zaračunani znesek in valuta (npr. 350 USD)	Ali ste račun poravnali sami?
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

Soglasje za neposredno trženje (če spodnje izjave ne podpišete - izberete, to ne pomeni, da ste morebitno predhodno podano privolitve preklicali)

- Soglasje za neposredno trženje - zavarovanec**
 Soglasje za neposredno trženje - prijavitelj zahtevka

S podpisom - izbiro te izjave dajem Vzajemni do preklica privolitve za obdelavo mojih osebnih podatkov, ki jih obdeluje na podlagi sklenjenih zavarovalnih pogodb, vključno s podatki iz obrazca za ugotavljanje potreb in zahtev, moje vključitve v program Varuh zdravja, sodelovanja pri nagradnih igrah in dogodkih v organizaciji ali soorganizaciji Vzajemne (teki, maratoni in drugi dogodki), moje uporabe spletnih storitev Vzajemne, mojih drugih poslovnih interakcij z Vzajemno, brez podatkov o zdravstvenem stanju, za namen neposrednega trženja, ki vključuje oblikovanje meni prilagojenih ponudb na podlagi ocenjevanja in predvidevanja mojih interesov, ekonomskega položaja, potreb ipd. prek navadne in elektronske pošte, kratkih SMS in MMS sporočil in telefona. Seznanjen sem z možnostjo, da lahko dano privolitve kadarkoli prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, oziroma na info@vzajemna.si ali na telefonski številki 080-20-60. Vzajemna bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehala najkasneje v 15 dneh po njenem prejemu.

6. IZJAVA

Podpisani izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom, da sem predložil vse račune in vso dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom in da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca sem seznanjen, da ima zavarovalnica pravico vpogleda v mojo medicinsko dokumentacijo, da lahko preveri upravičenost tega zahtevka.

Če zavarovalnica ugotovi neresničnost v podatkih ali nepopolnost podatkov in dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico ta zahtevek odkloniti. Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca sem seznanjen, da zavarovalnica lahko do višine izplačane zavarovalnine in iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja regresni zahtevek proti tretji osebi, ki je odgovorna za nastanek zavarovalnega primera ali je zavezana za povračilo stroškov storitev, ki so bile opravljene zaradi nastopa zavarovalnega primera.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca sem seznanjen, da zavarovalnica lahko do višine izplačane zavarovalnine iz naslova tega zahtevka v mojem imenu in za svoj račun uveljavlja povračilo stroškov zdravstvenih storitev, katerih povračilo lahko po veljavnih predpisih Republike Slovenije uveljavljam iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si.

Kraj in datum

Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

Podpis prijavitelja zahtevka

POMEMBNO - preden oddate zahtevek, prosimo preverite:

- k zahtevku so priloženi vsi **izvirniki računov**, receptov in zdravstvene dokumentacije (fotokopij in slipov kreditnih kartic ne moremo sprejeti)
- zahtevek je v celoti izpolnjen
- če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku
- če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik
- za vsak škodni dogodek je izpolnjen svoj zahtevek.

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali. Vzajemna, d.v.z. ne more odgovarjati za dokumentacijo, ki ne bi prispela k nam iz razlogov, na katere nimamo vpliva.

Zahtevek pošljite na naslov:

Vzajemna, d.v.z.
Oddelek za zavarovalne primere zavarovanцев
Vošnjakova ulica 2
1000 Ljubljana

Za vsa morebitna vprašanja lahko kadarkoli brezplačno pokličete naš Kontaktni center na št.: **080 20 60** ali nam pišete na elektronski naslov: vzajemna-skode@vzajemna.si

Izpolni Vzajemna, d.v.z.

Številka prijave: _____ Sprejeto dne: _____
Številka police: _____ Zavarovanje: _____
Obrazec sprejel: _____ Opombe: _____
Podpis: _____