



## Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz zavarovanja Zdravstvena polica oziroma Vzajemna Diagnoza

*Zahtevek izpolnite v CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.*

### 1. PODATKI O ZAVAROVALNCU

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

- v dobroimetje za prihodnje premije (samo v primeru plačila premije preko položnice)  
 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: \_\_\_\_\_  
Navedite razlog za pregled pri zdravniku specialistu: \_\_\_\_\_

Ali ste se za posledicami iste bolezni oz. poškodbe zdravili že pred sklenitvijo zavarovanja?  DA  NE

Če DA, navedite kje in kdaj: \_\_\_\_\_

Ali ste se zaradi posledic te bolezni oz. poškodbe zdravili v bolnišnici?  DA  NE

Če DA, navedite kje in kdaj: \_\_\_\_\_

Ali ste primer prijavi Asistenčnemu centru Vzajemne?  DA  NE

Če NE, navedite razlog: \_\_\_\_\_

Navedite ime in priimek osebnega zdravnika ter naziv zdravstvene ustanove, v kateri deluje: \_\_\_\_\_

## 5. UVELJAVLANJE ZAVAROVALNINE

Uveljavljam (ustrezno označite):

- kritje specialističnih zdravstvenih storitev
- kritje stroškov za operativni poseg
- bolnišnično zdravljenje
- ostalo: \_\_\_\_\_

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

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

S podpisom - izbirno te izjave dajem Vzajemni do preklica privolitev 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 privolitev 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](http://www.vzajemna.si).

\_\_\_\_\_  
Kraj in datum

\_\_\_\_\_  
Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

\_\_\_\_\_  
Podpis prijavitelja zahtevka

### **POMEMBNO - preden oddate zahtevek, prosimo preverite:**

- zahtevek je v celoti izpolnjen
- k zahtevku ste priložili vso medicinsko dokumentacijo o zavarovalnem primeru (fotokopij in slipov kreditnih kartic ne moremo sprejeti)
- k zahtevku ste priložili vso medicinsko dokumentacijo o zavarovalnem primeru (fotokopije izvidov/preiskav, odpustnega pisma, ipd)
- 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.

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 zavarovancev**  
**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](mailto:vzajemna-skode@vzajemna.si)

---

**Izpolni Vzajemna, d.v.z.**

Številka prijave: \_\_\_\_\_ Sprejeto dne: \_\_\_\_\_

Številka police: \_\_\_\_\_ Zavarovanje: \_\_\_\_\_

Obrazec sprejel: \_\_\_\_\_ Opombe: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_