



Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Nezgodnih zavarovanj

Zahtevek izpolnite v CELOTI in čitljivo z velikimi tiskanimi črkami.

Podatki o zavarovancu (zavarovani osebi)

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

Podatki o prijavitelju (izpolnite v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

Telefonska / GSM št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

Podatki o upravičencih (izpolnite v primeru, če prijavitelj ni ista oseba kot zavarovanec)

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

Telefonska / GSM št.: _____ Številka TRR:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

Telefonska / GSM št.: _____ Številka TRR:

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: . .

Naslov stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

Telefonska / GSM št.: _____ Številka TRR:

Nakazilo zavarovalnine

v dobroimetje za prihodnje premije (samo v primeru plačila premije preko položnice) na transakcijski račun

Ime in priimek lastnika računa: _____ 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 stalnega bivališča: _____ Davčna številka:

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

Kraj in datum

Podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika



Podatki o zavarovalnem primeru

Številka police: _____ Datum nastanka nezgode: . .

Delovno mesto zavarovanca (naziv in opis delovnih nalog)? _____

Kako je nezgoda nastala (natančno opišite okoliščine nastanka)? _____

Ali je nezgodno obravnavala policija? DA NE

Če DA, navedite katera policijska postaja in kdaj: _____

Ali je bil opravljen test alkoholiziranosti zavarovanca? DA NE

Če DA, navedite vrednost testa: _____

Ali je bil zavarovanec v zadnjih 24 urah pred nezgodo pod vplivom mamil oz. drugih psihoaktivnih snovi? DA NE

Če DA, navedite katerih: _____

K zahtevku obvezno priložite vsa uradna poročila (alkotest, policijski zapisnik, ipd).

Kdaj je bil opravljen prvi pregled zavarovanca po nezgodi/bolezni (navedite datum)? _____

Navedite ime ustanove, kjer je bil opravljen prvi pregled: _____

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

Ali se je zavarovanec pred to nezgodo (bolezni) že zdravil zaradi poškodbe ali obolenja (osteoporozo, bolezensko spremenjene kosti ipd.) na sedaj poškodovanem delu telesa? DA NE

Če DA, navedite kakšna je bila poškodba in kakšne posledice so vam ostale: _____

Ali ste imeli pred nezgodo/bolezni že kakšno bolezen, pomanjkljivost ali invalidnost? DA NE

Če DA, navedite od kdaj v kakšni obliki: _____

Ali je zdravljenje v celoti zaključeno? DA NE

Ali ste se za posledicami te nezgode/bolezni zdravili že pred sklenitvijo zavarovanja? DA NE

Ali ste bili zaradi te nezgode/bolezni začasno zadržani od dela? DA NE

Če DA, navedite obdobje zadržanosti: od _____ do _____

K zahtevku obvezno priložite potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela ter odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v kolikor je odsotnost potekala več kot 30 dni.

Ali ste zaradi posledic te nezgode/bolezni zdravili v bolnišnici/zdravilišču? DA NE

Če DA, navedite obdobje zadržanosti: od _____ do _____

K zahtevku obvezno priložite odpustno pismo.

Ali imate sklenjeno nezgodno zavarovanje še pri kateri drugi zavarovalnici? DA NE

Če DA, navedite pri kateri: _____

Ali se aktivno ukvarjate s športom in ste član športnega društva? DA NE

Če DA, navedite katerega: _____



Podatki v primeru smrti zavarovanca

Ali obstaja sum, da je smrt povzročila tretja oseba? DA NE

Ali obstaja sum samomora? DA NE

Ali je bila uvedena preiskava? DA NE

Če DA, navedite ustanovo, ki jo vodi: _____

Ali je bila opravljena obdukcija? DA NE

Če DA, navedite ustanovo, ki jo je opravila: _____

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

Soglasje zavarovalca za neposredno trženje - zavarovanec

Soglasje zavarovalca za neposredno trženje - prijavitelj zahtevka

S podpisom - izbiro 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.

Izjava

Podpisani izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom, da sem predložil vse račune za katere ne bom uveljavljal povračila stroškov pri drugi zavarovalnici 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 vlagatelja zahtevka

POMEMBNO - preden oddate zahtevek, prosimo preverite:

V primeru nezgode/bolezni zavarovanca:

zahtevek je v celoti izpolnjen

k zahtevku ste priložili vse izvide zdravljenja te nezgode/bolezni, odpustnico iz bolnišnice/zdravilišča, karton fizioterapije (če je bila opravljena), potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, obojestransko fotokopijo vozniškega dovoljenja (obvezno v primeru prometne nezgode)

če ste vložili zahtevek za povrnitev stroškov zdravljenja, ste priložili vse izvornike računov za zdravljenje

če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevek

če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik

V primeru smrti zavarovanca:

zahtevek je v celoti izpolnjen

k zahtevku ste priložili izpis iz matične knjige umrlih, odpustno pismo iz bolnišnice (v primeru smrti zavarovanca v bolnišnici), zdravniško potrdilo o vzroku smrti (v primeru smrti zavarovanca izven bolnišnice), obdukcijski zapisnik, pravnomočen sklep o dedovanju (v primeru, da na polici ni navedenega upravičenca).



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 z vso dokumentacijo oddajte preko spletnih strani Vzajemne ali pošljite na naslov:

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
Vošnjakova ulica 2
1000 Ljubljana

Za vsa morebitna vprašanja lahko kadarkoli brezplačno pokličete naš Kontaktni center na št.: 080 20 60.

Izpolni Vzajemna, d.v.z.

Številka prijave: _____ Sprejeto dne: _____ Številka police: _____

Zavarovanje: _____ Obrazec sprejel: _____ Opombe: _____

Podpis: _____