



Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Zavarovanja za težje bolezni

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 škodnem dogodku

Številka police: _____

Imate sklenjeno zavarovanje težjih bolezni tudi pri kateri drugi zavarovalnici?

☐ DA ☐ NE

Če DA, pri kateri: _____



Podatki o škodnem dogodku

Kdaj so se pojavile prve težave/simptomi (navedite datum)?:

Kdaj je bila postavljena diagnoza (navedite datum)?

Katera diagnoza je bila postavljena?

Navedite ime in priimek osebnega zdravnika zavarovanca:

Navedite naziv ustanove, v kateri deluje osebni zdravnik (npr. ZD Ljubljana):

Ali se je zavarovanec za posledicami te bolezni zdravil že kdaj v preteklosti? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite kdaj in v kateri ustanovi:

Ali smo v preteklosti po tej polici že izplačali zavarovalnino za katero od kritih težjih bolezni? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite za katero:

Ali se je zavarovanec zaradi te bolezni zdravil v bolnišnici? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite obdobje zdravljenja: od do

Navedite naziv ustanove, v kateri se je zdravil:

Ali je bil zavarovanec zaradi te bolezni upravičeno odsoten z dela neprekinjeno več kot 30 dni? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite obdobje: od do

Ali je zdravljenje v celoti zaključeno?

Podatki pri uveljavljanju zavarovalnine za dodatna nezgodna kritja

Kako je nezgoda nastala (natančno opišite okoliščine nastanka), zaradi katerega vzroka in kakšne so bile posledice?:

Ali je nezgodo 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/drugih psihoaktivnih snovi? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite katerih:

Navedite naziv ustanove, v kateri se je zdravil:

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

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

Navedite ime ustanove, kjer je bil opravljen prvi pregled:

Ali se je zavarovanec pred to nezgodo zaradi poškodbe ali obolenja na sedaj poškodovanem delu telesa zdravil že kdaj v preteklosti? ☐ DA ☐ NE

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

Ali je bil zavarovanec zaradi te nezgode upravičeno odsoten z dela neprekinjeno več kot 30 dni? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite obdobje: od do

V primeru, da uveljavljate zavarovalnino za bolniško odsotnost z dela zaradi bolezni/nezgode, ki je trajala neprekinjeno več kot 30 dni, zahtevku priložite kopijo bolniških listov ter odločb Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije



Podatki v primeru nezgodne 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: _____

K zahtevku obvezno priložite obdukcijski zapisnik.

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

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca 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. Pooblaščen zavarovalnico, da ima 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 pooblaščen zavarovalnico, da 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 pooblaščen zavarovalnico, da 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, histo-patološki izvid, potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

☐ 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

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 upravičenja)

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 pošljite na elektronski naslov:

vzajemna-skode@vzajemna.si ali 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 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: _____