



Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Zavarovanja za primer raka ter Zavarovanja COVID SP-COV-21

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

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 bolezni: . .

Navedite šifro diagnoze bolezni: _____

Navedite ustanove, kjer ste se zdravili (bolnišnice, zdravstveni dom ...): _____

Opišite potek zdravljenja bolezni: _____

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

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

Ali ste imeli pred sklenitvijo zavarovanja kakšno drugo bolezen, telesno hibo, pomanjkljivost ali invalidnost? ☐ DA ☐ NE

Če DA, navedite od kdaj in v kakšni obliki: _____

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 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.

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 vso medicinsko dokumentacijo o zavarovalnem primeru (fotokopije vseh izvidov/preiskav specialistov, odpustnega pisma iz bolnišnice/zdravilišča), histopatološke izvide
- ☐ če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku

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)

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana
Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385, Matična št.: 1430521
Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00
Osnovni kapital: 3.138.040,39 EUR, Št. transakcijskega računa: SI56 0310 0100 1698 245



VARUH ZDRAVJA
VZAJEMNA

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: _____