



Zahtevek za izplačilo zavarovalnine iz Zavarovanja za tujino

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 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 št.: _____ Naslov elektronske pošte: _____

Nakazilo zavarovalnine

v dobroimetje za prihodnje premije (samo v primeru plačila premije preko položnice) na transakcijski račun izvajalcu, ki je opravil storitev

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 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 (predložite tudi kopijo potnega naloga o napotitvi na delo v tujino): _____

Kontakt z asistenčnim centrom? DA NE Datum klica: . .

Kontakt z Vzajemno? DA NE Datum klica: . .

Če kontakta niste vzpostavili, prosimo navedite razlog: _____

Ali je bila opravljena nujna zdravstvena 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 (kakšni so bili simptomi oz. kako je prišlo do bolezni/poškodbe, katere storitve so bile opravljene):

Diagnoza: _____



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 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 s škodnim dogodkom, predložil račune, vso medicinsko dokumentacijo in da ne bom uveljavljal povračila stroškov za ta zavarovalni primer pri drugi zavarovalnici. Zavedam se, da je podaja neresničnih podatkov kaznivo dejanje in da za njih kazensko in materialno odgovarjam. Seznanjen sem, 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:

- zahtevek je v celoti izpolnjen
- k zahtevku so priloženi vsi računi, recepti in zdravstvena dokumentacija (slipov kreditnih kartic ne moremo sprejeti)
- 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 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: _____