

OBMOČNI ENOTI .....  
POSLOVNI ENOTI .....

## Prijava zavarovalnega primera iz zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini z asistenco

Številka police .....

Številka škodnega spisa .....  
(izpolni zavarovalnica)

Ime in priimek zavarovalca ....., datum rojstva .....

točen naslov ....., tel. številka .....

e-naslov ....., davčna številka .....

Ime in priimek zavarovanca ....., datum rojstva .....

točen naslov ....., tel. številka .....

sorodstveno razmerje z zavarovalcem .....

e-naslov ....., davčna številka .....

Ali ste upravičeni do zavarovalnine po kateremkoli drugem zavarovalnem kritju zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini (obkrožite)?

DA  NE

Če ste, vas prosimo, da navedete, za katero vrsto kritja zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini ste še zavarovani? .....

### PODATKI O ZDRAVLJENJU V TUJINI:

Na vsa vprašanja odgovorite v celoti in natančno. Popolni in natančni odgovori bodo pripomogli k hitri obravnavi vašega zahtevka.

1. Čas trajanja potovanja (od - do) ⇒ .....

2. Država, v kateri ste zboleli/se poškodovali ⇒ .....

3. Datum nastanka poškodbe/bolezni ⇒ .....

4. Zakaj ste potrebovali zdravniško pomoč? ⇒ .....

▪ v primeru nezgode opišite nezgodni dogodek ⇒ .....

5. Diagnoza/e ⇒ .....

6. Ime zdravstvene ustanove ⇒ .....

7. Če ste bili hospitalizirani v bolnišnici ⇒ .....

▪ navedite datum sprejema ⇒ .....

▪ in datum odpusta iz bolnišnice ⇒ .....

8. Navedite skupni znesek stroškov zdravniške oskrbe ⇒ .....

9. Skupni znesek povečanih stroškov prevoza (če obstajajo) ⇒ .....

10. Ali obstaja odškodninski zahtevek proti tretji osebi? (označite) ⇒  DA  NE

11. Če je odgovor DA

▪ ime in priimek povzročitelja ⇒ .....

▪ naslov povzročitelja ⇒ .....

Izplačilo zavarovalnine naj se izvede (ustrezno označite):

**na osebni račun**

Ime in priimek lastnika računa .....

banka in številka računa .....

davčna številka ..... , številka osebne izkaznice .....

**na račun zdravstvene ustanove, kjer mi je bila nudena zdravniška oskrba oziroma prevoz.**

Izjavljam, da sem na vsa vprašanja odgovoril/a resnično in popolno. S svojim podpisom potrjujem pravilnost in resničnost gornjih podatkov, ter pooblašчам zdravnike, ki me zdravijo oz. so me zdravili, da so dolžni posredovati vse podatke o zdravljenju, ki bi jih zahtevala

V ..... , dne .....  
(podpis zavarovanca)

**Priloge:**

- originalna polica/kartica zdravstvenega zavarovanja na potovanjih v tujini,
- izvidi ..... (skupno število),
- računi (izpolni spodnjo preglednico):

Zap.številk	Št. oznake računa	Znesek računa	Naziv ustanove/zdravnika	Plačano (DA/NE)
-------------	-------------------	---------------	--------------------------	-----------------

ostalo .....

.....

.....

.....