

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

OBMOČNA ENOTA:

Številka/e polic/e:

Zavarovanec (zavarovana oseba):, datum rojstva:

točen naslov:, tel. številka:

e-naslov:, davčna številka:

Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja):, datum rojstva:

točen naslov:, tel. številka:

e-naslov:, davčna številka:

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

DA NE

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

Ali ste o primeru obvestili TRIGLAV ZDRAVSTVENO ASISTENCO?

DA NE

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. Namen potovanja (službeno, privatno,...): ⇒

2. Čas trajanja potovanja (od - do): ⇒

3. Država, v kateri ste zboleli / se poškodovali: ⇒

4. Datum nastanka bolezni / poškodbe: ⇒

5. Zakaj ste potrebovali zdravniško pomoč? ⇒

- Opis bolezni / opis nezgodnega dogodka: ⇒

6. Naziv zdravstvene ustanove, kjer ste iskali pomoč: ⇒

7. Ste bili hospitalizirani v bolnišnici? DA NE

Če je odgovor DA, navedite datum: od do

8. Navedite skupni znesek stroškov zdravniške oskrbe: ⇒

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

10. Ali obstaja odškodninski zahtevek proti tretji osebi? DA NE

- Če - DA, navedite ime in priimek povzročitelja: ⇒

- Naslov povzročitelja: ⇒

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 oziroma so me zdravili, da so dolžni posredovati vse podatke o zdravljenju, ki bi jih zahtevala zavarovalnica.

Izplačilo zavarovalnine naj se izvede (ustrezno označite):

na osebni račun zavarovanca / upravičenca

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.

S podpisom na tem obrazcu izjavljam, da soglašam z možnostjo, da Zavarovalnica Triglav, d.d., vse dokumente, obvestila in poizvedbe v zvezi s tem škodnim primerom posreduje v elektronski obliki oz. po elektronski pošti na e-naslov, zapisan pod točko 1. tega obrazca.

da ne

V, dne
(podpis zavarovanca / upravičenca)

Priloge:

fotokopije izvidov (skupno število)

originalni računi (skupno število)

Račune obvezno vpiši v spodnjo preglednico :

| Zap. št. | Št. oznake računa | Znesek računa | Naziv ustanove / zdravnika | Plačano DA / NE |
|----------|-------------------|---------------|----------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ostalo:

LE S POPOLNO IZPOLNJENO PRIJAVO TER PREDLOŽITVIJO VSEH POTREBNIH DOKUMENTOV BO VAŠ ZAHTEVK LAHKO HITRO IN USTREZNO REŠEN V VAŠE IN NAŠE ZADOVOLJSTVO.