

## 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 ZDRAVLJENU 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

Informacije o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici so objavljene v Politiki zasebnosti na spletni strani [www.triglav.si](http://www.triglav.si).

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 ZAHTEVEK LAHKO HITRO IN USTREZNO REŠEN V VAŠE IN NAŠE ZADOVOLJSTVO.**