



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.
Pristaniška ulica 10
6000 Koper-Capodistria

triglavzdravje

T: 080 26 64
F: 05 66 22 002
E: info@triglavzdravje.si
S: www.triglavzdravje.si

ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV / IZPLAČILO NADOMESTILA / ZAVAROVALNINE IZ NASLOVA ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ PO POLICI ŠT. _____

1. PODATKI O ZAVAROVANCU

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____
naslov: _____ davčna št.: _____
e-naslov: _____ telefon: _____

2. PODATKI O VLAGATELJU (izpolnite v primeru, če vlagatelj ni ista oseba kot zavarovanec)

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____
naslov: _____ telefon: _____
e-naslov: _____

3. PODATKI O UPRAVIČENCU (izpolnite v primeru, če upravičenec ni ista oseba kot zavarovanec)

ime in priimek: _____ datum rojstva: _____
naslov: _____ davčna št.: _____
e-naslov: _____ telefon: _____

4. PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU

Osnovni podatki o zavarovalnem primeru:

datum in kraj nastanka: _____

priloge:

medicinska dokumentacija (izvid, odpustno pismo, napotnica, ...)

račun / predračun

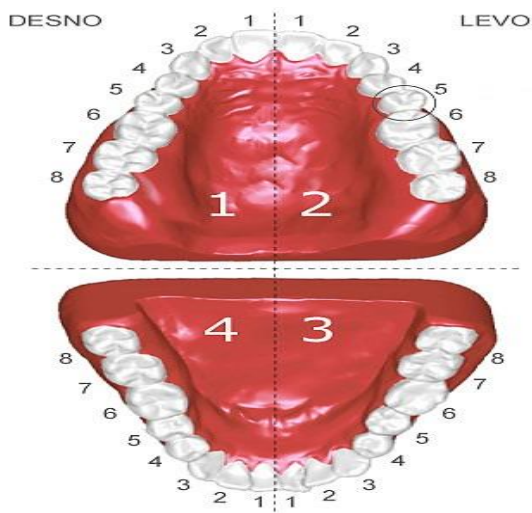
vrednostni bon

drugo

opombe: _____

Dodatni podatki o zavarovalnem primeru

4.1. Izpolniti v primeru Zavarovanja Zobje / Zobje+



Označite, na katerem zobu vam je bila opravljena zobozdravstvena storitev; označeni zobje se morajo ujemati s specifikacijo opravljenih storitev na izdanem računu.

Primer:

zgornja leva petica je št. »25«:

- št. 2 je številka kvadranta,

- št. 5 je številka zaporedja zoba v tem kvadrantu.

Vir:ZZZS



Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper-Capodistria,
matična št.: 5848091000, ID za DDV: SI50250957,
Okrožno sodišče v Kopru, reg. vl. 1/06376/00, osnovni kapital: 25.822.143,60 EUR.

352.128.001.07

4.2. Izpolniti v primeru prijave poškodbe / nezgode:

Datum in ura nastanka nezgode: _____

Podroben opis poškodbe / nezgode (kraj nastanka, kako je nastala)? _____

4.3. Izpolniti v primeru Zavarovanja za primer smrti zaradi nezgode

Ob prijavi prilagam dokumente, ki dokazujejo smrt zaradi nezgode in status upravičenca:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Uradni zapisnik o nezgodi |
| <input type="checkbox"/> izpisek iz matične knjige umrlih (kopija) |
| <input type="checkbox"/> drugo (sklep o dedovanju, izpisek iz matičnih evidenc o sorodstvenem razmerju,...) |

Zavarovalnica lahko zahteva tudi druga dodatna dokazila, v kolikor jih potrebuje za določitev upravičenca za izplačilo nadomestila.

5. PODATKI ZA NAKAZILO

povračilo / izplačilo v višini: _____ EUR

TRR zavarovanca št.: SI56

odprt pri banki: _____

6. KONTAKT

Želim, da me v primeru dodatnih informacij glede prijave zavarovalnega primera kontaktirate preko: _____

- mobilnega telefona
- e-pošte
- navadne pošte

7. POVRNITEV STROŠKOV HAG (HITREGA ANTIGENSKEGA TESTIRANJA)

Prilagam račun opravljenega HAG testiranja, ki sem ga opravil/a pri:

Naziv Izvajalca: _____, Datum opravljenega HAG Testiranja: _____

Znesek na računu: _____ eur. Račun je priloga temu zahtevku.

8. IZJAVA

Izjavljam, da so vse navedbe popolne in resnične. Ugotovljena neresničnost mojih navedb ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivega dejanja, na kar sem bil/a ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen/a.

Seznanjen(a) sem, da zavarovalnica za presojo upravičenosti tega zahtevka obdeluje ter preveri in pridobi vso potrebno medicinsko in ostalo dokumentacijo ter podatke pri zdravstvenih in drugih pravnih in fizičnih osebah, ki z njimi razpolagajo, in da v opisan namen sme obdelovati tudi vse moje predhodne škodne dogodke in zavarovalne primere iz drugih mojih zavarovanj, sklenjenih pri zavarovalnici.

kraj in datum

podpis zavarovanca oz. njegovega zakonitega zastopnika

podpis vlagatelja zahtevka

Za vsa dodatna vprašanja nas lahko pokličete na brezplačno telefonsko številko 080 26 64 ali nam pišete na elektronski naslov info@triglavzdravje.si

