

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

Številka/e polic/e:

Zavarovanec (zavarovana oseba):

ime in priimek:, datum rojstva:

točen naslov:, davčna številka:

e-naslov:, tel. številka:

Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja):

ime in priimek / naziv pravne osebe:

točen naslov:

e-naslov:, tel. 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 - 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: _____, naslov stalnega prebivališča: _____,

št. računa: _____, odprt pri banki: _____,

davčna številka: _____, številka osebnega dokumenta: _____.

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

Soglašam, da Zavarovalnica Triglav, d.d. vse dokumente, obvestila in poizvedbe v zvezi s tem škodnim primerom posreduje v elektronski obliki na e-naslov zavarovanca oz. starša ali skrbnika v primeru mladoletne osebe, zapisan uvodoma med podatki zavarovanca.

da ne

Podpisani izjavljam, da so vsi navedeni podatki resnični. Zavestno neresnično navajanje podatkov lahko pomeni kaznivo dejanje goljufije po 2. odstavku 211. člena Kazenskega zakonika KZ-1 in ima lahko za posledico izgubo zavarovalnih pravic.



Zavarovalnica Triglav, d.d., osebne podatke s tega obrazca obdeluje izključno v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera v skladu in na podlagi določil Zakona o zavarovalništvu. Zahtevo za uveljavljanje pravic v zvezi z obdelavo podatkov lahko pošljete na: info@triglav.si ali Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, Ljubljana, ali izpolnite spletni obrazec na www.triglav.si. Osnovne informacije o obdelavi osebnih podatkov pri reševanju zavarovalnega primera so dostopne preko spodnje povezave oziroma QR kode. Celovite informacije o varstvu osebnih podatkov so objavljene v Politiki zasebnosti Zavarovalnice Triglav na spletni strani www.triglav.si.

Osnovne informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj:
https://www.triglav.si/pdf/informacije_o_obdelavi_osebnih_podatkov.pdf

Kraj _____, dne _____

Podpis zavarovanca

Podpis 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.